

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FERNANDA CAROLINA CAPISTRANO

ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA POR PESSOAS EM
TRATAMENTO EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS

CURITIBA

2019

FERNANDA CAROLINA CAPISTRANO

ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA POR PESSOAS EM
TRATAMENTO EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Saúde, Educação e Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mariluci Alves Maftum

CURITIBA

2019

Capistrano, Fernanda Carolina

Adesão à terapêutica medicamentosa por pessoas em tratamento em Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas [recurso eletrônico] / Fernanda Carolina Capistrano – Curitiba, 2019.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Mariluci Alves Maftum

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 2. Adesão à medicação.
3. Saúde mental. I. Maftum, Mariluci Alves. II. Universidade Federal do Paraná.
III. Título.

CDD 616.8918



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **FERNANDA CAROLINA CAPISTRANO**, intitulada: **ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA POR PESSOAS EM TRATAMENTO EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**, sob orientação da Profa. Dra. MARILUCI ALVES MAFTUM, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de Doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 30 de Agosto de 2019.


MARILUCI ALVES MAFTUM

Presidente da Banca Examinadora


ADRIANA INOCENTI MIASSO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/
RIBEIRÃO PRETO)


LUCIANA PUCHALSKI KALINKE

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ)



ROSIBETH DEL CARMEN MUNOZ PALM

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ)


JORGE VINICIUS CESTARI FELIX

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ)

À minha amada avó Elvira Capistrano (*in memoriam*) por
todo amor a mim dedicado. Sei que estaria orgulhosa por
esta conquista. Obrigada por todos os momentos que
vivemos juntas! Te amo.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a Dr^a Mariluci Alves Maftum, por ter acreditado em mim e na minha capacidade. Agradeço por todo saber compartilhado, pelo apoio e incentivo nos momentos que pareciam não ter saída e principalmente por me ensinar a amar a saúde mental.

Ao meu marido Guilherme Batista Junior, que esteve ao meu lado em todos os momentos dessa trajetória acadêmica. Sou imensamente grata por todo apoio, compreensão e incentivo. Obrigada por cuidar de mim e de nosso filho. Amo você.

À minha mãe Lorizete Capistrano pelo amor incondicional, entre todos você é a pessoa que mais acredita em mim, mais que eu mesma. É meu alicerce, um exemplo de força e determinação. Obrigada pelos seus abraços que me amparam em todos os momentos de angústia e pelo seu sorriso sempre comigo compartilhado nos momentos de alegria. Amo você imensamente!

À minha amiga Aline Cristina Zerwes Ferreira, não tenho palavras para descrever tudo o que você significa para mim. Estamos juntas nessa embarcação desde a graduação, eu não teria conseguido sem sua parceria e seu apoio.

Às minhas amigas Tatiana Brusamarello, Ângela Gonçalves e Leticia de Oliveira Borba que apesar de estarmos atualmente distante, contribuíram significativamente com seu conhecimento, apoio, risadas e lágrimas. Tenho saudades.

À Lucienne Dronneau, amiga que está presente em todos momentos. Obrigada por todo cuidado dedicado a mim e minha família. Sou grata por ter você na minha vida.

Aos amigos do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem, Camila de Alcântara Bonfim, Thalita de Lins Soares, Caio César da Fonseca Vale, Manuela Kaled e Mariana Farias. Foi um prazer conviver com vocês!

Às amigas do Centro de Atenção Psicossocial infantil de São José dos Pinhais, Ana Cristina Ravaglio Scot, Sheila dos Santos Dias, Roseli de Fátima Mendes, Rafaela Jaqueti, Silvana Aparecida Rocha, Gisele Miguel, Sandra Maria Fialla e Rosiane Magalhães de Oliveira por todo apoio durante esse processo. Sou imensamente grata por tudo o que fizeram e foram para mim nesse período.

À Ivete Villar, um anjo que me ajudou gratuitamente no processo de autorização para cursar o doutorado, talvez não saiba, mas se não fosse por sua presteza e intervenção, eu não teria concluído esse sonho.

À Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais, pela liberação das horas de trabalho para cursar o doutorado, espero retribuir na prática de trabalho o aprendizado adquirido dedicando um cuidado de excelência à população.

À Secretaria Municipal de Curitiba, à Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES) e aos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas III de Curitiba por disponibilizar os campos para a coleta de dados.

À amiga Juliana Czarnobay, que não mediu esforços para ajudar no processo de liberação dos serviços para a coleta de dados.

Aos professores que compuseram a banca, Dr^a Luciana Puchalski Kalinke, Dr^a Luciana Puchalski Kalinke, Dr^o Jorge Vinícius Cestari Felix e Dr^a Adriana Inocenti Miasso, pela disponibilidade e as valiosas contribuições na revisão final deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo incentivo financeiro de Bolsa Produtividade ao Projeto maior de responsabilidade da orientadora do qual se originou esta tese.

À todos que, mesmo não citados, contribuíram para a realização deste estudo.

“Todas as vitórias ocultam uma abdicação”

Simone de Beauvoir

RESUMO

Os transtornos relacionados à substância se caracterizam por um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que indicam o uso contínuo de substâncias psicoativas pelo indivíduo, ainda que tal atitude resulte em problemas significativos. Entre as diferentes modalidades terapêuticas disponíveis, a medicamentosa se configura como um recurso do qual visa a restaurar o equilíbrio das funções psíquicas e o comportamento da pessoa com transtornos relacionados a substâncias. Entretanto, sabe-se que a efetividade do tratamento está diretamente relacionada a adesão, um fenômeno a ser compreendido a partir da interação entre o indivíduo e diferentes determinantes. Trata-se de um estudo observacional transversal cujo objetivo foi analisar a adesão à terapêutica medicamentosa por pessoas em tratamento em Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas. Como resultado obteve-se um índice de 56,2% de não adesão. Entre os 89 participantes, 87,6%, eram do sexo masculino, com predomínio da faixa etária entre 30 e 49 anos, 46,1%, de raça branca, 50,6% e 77,5% estavam fora do mercado de trabalho. Na caracterização clínica e mentais, 45% agravos clínicos e 36%, mentais, 43,8%, possuíam como diagnóstico médico de transtornos relacionados ao álcool, 34,9% relataram sentir sintomas de abstinência, 38,2% apresentavam dificuldade de controle do uso de SPA e 43,8% apresentavam fissura/desejo intenso. Na regressão logística foi possível verificar que quanto ao descuido com o horário da medicação, comportamento não intencional de não adesão, ocorreu 4,74 vezes a mais entre os não aderentes. Já deixar de tomar a medicação, comportamento intencional de não adesão, ocorreu 3,09 vezes a mais. A dificuldade de conseguir o medicamento ocorreu em 57,1% dos casos e a principal causa foi a falta na rede pública. O escore sobre o nível de conhecimento dos participantes sobre a terapêutica medicamentosa foi alto em 61,8%, o nível de utilização segura foi insuficiente e regular em 38,2% em ambos o nível de complexidade foi alto em 61,8% das prescrições. Com relação à gravidade dos transtornos relacionados a substâncias obteve-se uma média maior naqueles que não aderiam. A não adesão à terapêutica medicamentosa apresentada neste estudo foi semelhante ao encontrado em outros estudos sobre essa temática e maior que o esperado pela Organização Mundial da Saúde. Está associada a fatores sociodemográficos, clínicos, mentais e farmacológicos. Nos transtornos relacionados a substâncias o descumprimento da terapêutica medicamentosa é mais complexa devido as características comuns desse transtorno mental como a compulsão, a fissura e a falta de *insight*.

Palavras-chaves: Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Adesão à medicação; Saúde mental.

ABSTRACT

Substance-related disorders feature a set of cognitive, behavioral and physiological symptoms, which point to the continuous use of psychoactive substances by individuals, even if that attitude results in significant problems. Among the diverse available therapeutics, the pharmacological treatment is a resource, which aims to restore psychic functions and behavior of an individual with substance-related disorders. However, treatment effectiveness is straight correlated with its adherence, a phenomenon understood from the interaction between the individual and diverse determinants. It is a crosscut observational study, which aimed to analyze the adherence to pharmacological therapy by subjects under treatment at Psychosocial Care Centers for Alcohol and other Drugs. As a result, the evidenced non-adherence rate was 56.2%. Among 89% participants, 87.6% were males, prevalence age range between 30 and 49 years, 46.1% were Caucasian, 50.6% and 77.5% were unemployed. In the clinical and mental profiling, 45/% featured clinical conditions, while 36% featured mental ones, 43.8% were diagnosed with alcohol-related disorders, 41.9% reported abstinence symptoms, 38.2% featured difficulty in controlling the use of psychoactive substances, and 43.8% featured strong craving. In the logistic regression, it was verified that neglect of medication time and unintentional behavior for non-adherence occurred 4.74 times more often among the non-compliant subjects. Regarding failure to take the medication and intentional non-compliant behavior, that occurrence was 3.09 times more often among them. Difficulty in getting the medication occurred in 57.1% of the cases, mainly caused by its lack in the public health network. Participants' knowledge on the pharmacological therapy scored high (61.8%), poor and regular levels of safe use scored 38.2% respectively, level of complexity was high for 61.8% of the prescriptions. Regarding the severity of the substance-related disorders, average was higher among the non-adherent participants. In this study, non-adherence to the pharmacological therapy was similar to findings from other studies on this theme, and higher than the expected by the World Health Organization. It is associated with sociodemographic, clinical, mental and pharmacological factors. In substance-related disorders, failure to comply with the pharmacological therapy is more complex, due to the common features of this mental disorder, such as compulsion, craving and lack of insight.

Keywords: Substance-Related Disorders; Medication Adherence; Mental Health.

RESUMEN

Los trastornos asociados a sustancias se caracterizan por un conjunto de síntomas cognitivos, de comportamiento y fisiológicos que apuntan al uso continuo de sustancias psicoactivas por el individuo, mismo que tal actitud resulte en problemas significativos. Entre las distintas modalidades terapéuticas de que se dispone, las medicamentosas se muestran como un recurso cuya finalidad es restaurar el equilibrio de las funciones psíquicas y el comportamiento del sujeto con trastornos asociados a sustancias. Sin embargo, la efectividad del tratamiento se relaciona directamente a la adhesión, un fenómeno que se necesita comprender por medio de la interacción entre el individuo y diferentes determinantes. Este es un estudio observacional trasversal cuyo objetivo fue analizar y mensurar la adhesión a la terapéutica medicamentosa por personas en tratamiento en Centros de Atención Psicosocial de Alcohol y otras Drogas. Como resultado, se obtuvo un índice de 56,2% de no adhesión. Entre los 89 participantes, 87,6%, eran del sexo masculino, con predominio de la franja etaria entre 30 y 49 años, 46,1%, de raza blanca, 50,6% y 77,5% estaban fuera del mercado laboral. En cuanto a la caracterización clínica y mental, 45% agravios clínicos y 36%, mentales, 43,8%, tenían como diagnóstico médico trastornos asociados al alcohol, 34,9% relataron síntomas de abstinencia, 38,2% presentaban dificultad de control del uso de SPA y 43,8% presentaban deseo extremo. En regresión logística se verificó que acerca del problemas con horario de la medicación, comportamiento no intencional de no adhesión, ocurrió 4,74 veces más entre los no adherentes. En cambio, no tomar la medicación, comportamiento intencional de no adhesión, ocurrió 3,09 veces más. La dificultad de lograr el medicamento ocurrió en 57,1% de los casos y la principal causa fue que no había en la red pública. El score sobre el nivel de conocimiento de los participantes acerca de la terapéutica medicamentosa fue alto en 61,8%, el nivel de utilización con seguridad fue insuficiente y regular en 38,2%; en ambos el nivel de complejidad fue alto en 61,8% de las prescripciones. Acerca de la gravedad de los trastornos asociados a sustancias se llegó a un promedio mayor en aquellos que no participaron. La no participación en la terapéutica medicamentosa presentada en este estudio fue semejante al que se constató en otros estudios de esa temática y mayor que lo que se espera por la Organización Mundial de la Salud. Se asocia a factores sociales demográficos, clínicos, mentales y farmacológicos. En los trastornos asociados a sustancias, el no cumplimiento de la terapéutica medicamentosa es más complejo a causa de las características comunes de ese trastorno mental como la compulsión, el deseo extremo y la falta de *insight*.

Palabras Clave: Transtornos Relacionados con Sustancias; Cumplimiento de la Medicación; Salud Mental.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - ESTRATÉGIA PECO PARA A FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DA PESQUISA	42
QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS DESCRITORES CONTROLADOS DE ACORDO COM A BASE DE DADOS SELECIONADA	44
QUADRO 3 - ESTRATÉGIAS DE BUSCA DE ACORDO COM CADA BASE DE DADOS	46
QUADRO 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS EXCLUÍDOS E INCLUÍDOS APÓS A LEITURA DE TÍTULOS E RESUMOS DE ACORDO COM CADA BASE DE DADOS	47
QUADRO 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS SEGUNDO AS CAUSAS DE EXCLUSÃO APÓS A LEITURA NA INTEGRA DE ACORDO COM CADA BASE DE DADOS	47
QUADRO 6 - CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE EVIDÊNCIA DOS ESTUDOS	50
QUADRO 7 - TOTAL DE PESSOAS EM ATENDIMENTO EM CADA CAPS AD III DE CURITIBA – PR	56
QUADRO 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA	84

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS RELACIONADOS À ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017	89
TABELA 2 - FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS EM RELAÇÃO À ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017	90
TABELA 3 - FATORES ASSOCIADOS A TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA RELACIONADOS À ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017	90
TABELA 4 - FATORES ASSOCIADOS AO TRATAMENTO RELACIONADOS À ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017	91
TABELA 5 - FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS RELACIONADOS À NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017	92
TABELA 6 - FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS EM RELAÇÃO À NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017	92
TABELA 7 - FATORES ASSOCIADOS À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA RELACIONADOS À NÃO ADESÃO. CURITIBA, 2017	93
TABELA 8 - FATORES ASSOCIADOS AO TRATAMENTO RELACIONADOS À NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017	93
TABELA 9 - FATORES ASSOCIADOS À CONDIÇÕES MENTAIS E EMOCIONAIS RELACIONADOS À NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017	94
TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS. CURITIBA, 2018 .	95

TABELA 11 - RAZÃO DE PREVALÊNCIA (PR) TOTAL DAS FONTES ATUAIS DE SUSTENTO. CURITIBA, 2018	97
TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA. CURITIBA, 2018	98
TABELA 13 - RAZÃO DE PREVALÊNCIA (PR) TOTAL E POR SEXO DE VARIÁVEIS CLÍNICAS. CURITIBA, 2018	100
TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO CARACTERIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA E PSICOLÓGICA. CURITIBA, 2018	101
TABELA 15 - RAZÃO DE PREVALÊNCIA (PR) TOTAL DE VARIÁVEIS PSIQUIÁTRICAS/PSICOLÓGICAS. CURITIBA, 2018	104
TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO OS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, EXCETO O ÁLCOOL. CURITIBA, 2018	105
TABELA 17 - RAZÃO DE PREVALÊNCIA (PR) TOTAL DE VARIÁVEIS DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, EXCETO O ÁLCOOL. CURITIBA, 2018	108
TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO OS TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ÁLCOOL. CURITIBA, 2018	110
TABELA 19 - RAZÃO DE PREVALÊNCIA (PR) TOTAL DE VARIÁVEIS DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ÁLCOOL. CURITIBA, 2018	111
TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO DE ACORDO COM VARIÁVEIS DICOTOMIZADAS DO MAT. CURITIBA, 2018	113
TABELA 21 - RAZÃO DE PREVALÊNCIA (RP) TOTAL DAS VÁRIÁVEIS DICOTOMIZADAS DO MAT. CURITIBA, 2018	114
TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO A CARACTERIZAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA. CURITIBA, 2018	116
TABELA 23 - RAZÃO DE PREVALÊNCIA (RP) TOTAL SEGUNDO A CARACTERIZAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA. CURITIBA, 2018	117

TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO O NÍVEL DE CONHECIMENTO E COMPLEXIDADE DA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2018	118
TABELA 25 - RAZÃO DE PREVALÊNCIA (RP) TOTAL SEGUNDO NÍVEL DE CONHECIMENTO E COMPLEXIDADE DA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2018	120
TABELA 26 - DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO OS ASPECTOS LEGAIS. CURITIBA, 2018	121
TABELA 27 - PONTUAÇÃO NA ESCALA DE GRAVIDADE DE DEPENDÊNCIA (ASI-6) POR ADESÃO E NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2018	123

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	–	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	–	Atenção Primária a Saúde
ASI	–	<i>Addiction Severity Index</i>
CAPES	–	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	–	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	–	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas
CID	–	Classificação Internacional de Doenças
CINAHL	–	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CPAD	–	Centro de Pesquisas em Álcool e Drogas
DSM - V	–	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V</i>
DECS	–	Descritores das Ciências da Saúde
FDA	–	<i>Food and Drug Administration</i>
GAM	–	Gestão Autônoma da Medicação
GABA	–	Gama-aminobutírico
HIV	–	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
LENAD	–	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
LILACS	–	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
INPAD	–	Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas
MAT	–	Medida de Adesão ao Tratamento
MESH	–	<i>Medical Subject Headings</i>
MRCI	–	<i>Medication Regimen Complexity Index</i>
NBFM	–	<i>National Board of Forensic Medicine</i>
NCBI	–	<i>National Center for Biotechnology Information</i>
NLM	–	<i>National Library of Medicine</i>
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
ONU	–	Organização das Nações Unidas
PNM	–	Política Nacional de Medicamentos
PPGENF	–	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PTS	–	Projeto Terapêutico Singular
REDCap	–	<i>Research Electronic Data Capture</i>

RAPS	–	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	–	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	–	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	–	Sistema Nervoso Central
SPA	–	Substância Psicoativa
SPSS	–	<i>Software Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRC	–	Sistema de Recompensa Cerebral
STROBE	–	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	–	Transtornos de <i>déficits</i> de atenção e hiperatividade
UBS	–	Unidade Básica de Saúde
UFPR	–	Universidade Federal do Paraná
UNODC	–	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
UPA	–	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
1.1	JUSTIFICATIVA.....	34
2	OBJETIVOS	36
2.1	OBJETIVO GERAL	36
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
3	HIPÓTESES DO ESTUDO	38
4	METODOLOGIA	40
4.1	REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	40
4.1.1	Seleção da questão norteadora	41
4.1.2	Amostra da Revisão Integrativa da Literatura	43
4.1.3	Definição das informações a serem coletadas	49
4.1.4	Análise dos dados extraídos dos estudos incluídos	51
4.1.5	Interpretação dos resultados Revisão Integrativa da Literatura	52
4.1.6	Apresentação da revisão/síntese do conhecimento	52
4.2	ESTUDO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL	53
4.2.1	Local do estudo	54
4.2.2	Amostra do estudo	55
4.2.3	Capacitação dos entrevistadores	56
4.2.4	Teste piloto	57
4.2.5	Coleta de dados	58
4.2.6	Instrumento de coleta de dados	59
4.2.7	Variáveis do estudo	63
4.2.8	Análise dos dados	79
4.2.9	Aspectos éticos	80
5	RESULTADOS	82
5.1	RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA	82
5.2	RESULTADOS DO ESTUDO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL	95
5.2.1	Caracterização demográfica e socioeconômica	95
5.2.2	Caracterização clínica	98
5.2.3	Caracterização psiquiátrica e psicológica	101
5.2.4	Caracterização dos transtornos relacionados a substâncias	104

5.2.5	Caracterização dos transtornos relacionados ao álcool	108
5.2.6	Caracterização farmacoterapêutica	112
5.2.7	Caracterização dos aspectos legais	121
5.2.8	Escala de gravidade de dependência	123
6	DISCUSSÃO	124
7	CONCLUSÃO	142
	REFERÊNCIAS	145
	APÊNDICES	155
	ANEXOS	178

1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas (SPA) é uma prática antiga e universal, presente em diversos contextos sociais e culturais. Ao longo do tempo, a motivação para o consumo variou de maneira significativa, apresentando distintos propósitos. Atualmente, se apresenta com características singulares, ocasionando inúmeras vulnerabilidades individuais, sociais e comunitárias. (BRASIL, 2015a; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A mudança da motivação do consumo tem sido ocasionada por diversos fatores, entre eles, o de natureza ecológica e cultural. No que se refere à primeira, as SPA, de origem botânica em geral, permaneciam concentradas em determinados nichos, como a papoula na Ásia e a coca na América, o que dificultava a identificação de determinados padrões de consumo. No entanto, com o advento das grandes navegações no século XVI, as SPA passaram a ter valor comercial e, por sua vez, houve uma disseminação mundial, que se agrava ainda mais com a globalização. (SIQUEIRA, 2016).

Já do ponto de vista cultural, historicamente essas substâncias eram utilizadas em rituais religiosos, sendo, mais tarde, proibidas por estarem associadas a um estado de prazer considerado grave pecado pelas igrejas. Somente no século XX o envolvimento problemático com as SPA foi reconhecido como uma especialidade psiquiátrica, recebendo categoria diagnóstica na Classificação Internacional de Doenças (CID) pela Organização Mundial da Saúde (OMS). (SIQUEIRA, 2016).

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* em sua quinta edição (DSM V), os transtornos relacionados a substância se caracterizam por um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que indicam o uso contínuo pelo indivíduo, ainda que tal atitude resulte em problemas significativos relacionados à substância. (APA, 2014).

Trata-se de um processo no qual múltiplos fatores interagem e influenciam o comportamento do indivíduo e ocorre prejuízo da percepção sobre decisões em decorrência do consumo da substância. Entretanto, deve-se considerar que nem todos os indivíduos acometidos por transtornos relacionados a substâncias experimentam os efeitos e as consequências de maneira similar, ou que são motivados pelo mesmo conjunto de fatores. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Deste modo, para estabelecer o diagnóstico, o DSM V elenca 11 critérios reunidos em quatro áreas de avaliação distintas, sendo que os quatro primeiros se referem ao baixo controle do indivíduo sobre o uso da substância, sendo eles:

1) O indivíduo pode consumir a substância em quantidades maiores ou ao longo de um período maior de tempo do que pretendido originalmente, 2) O indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância e pode relatar vários esforços mal-sucedidos para diminuir ou descontinuar o uso, 3) O indivíduo pode gastar muito tempo para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos e 4) A fissura se manifesta por meio de um desejo ou necessidade intensos de usar a droga, que podem ocorrer a qualquer momento, mas com maior probabilidade quando em um ambiente em que a droga foi obtida ou usada anteriormente. (APA, 2014, p. 483).

O segundo grupo, composto pelos critérios de 5 a 7, se refere ao prejuízo que acarreta no convívio em sociedade e no cumprimento das atividades da vida, como na área familiar, escolar, laboral e social.

5) O uso recorrente de substâncias pode resultar no fracasso em cumprir as principais obrigações no trabalho, na escola ou no lar, 6) O indivíduo pode continuar o uso da substância apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados por seus efeitos e 7) Atividades importantes de natureza social, profissional ou recreativa podem ser abandonadas ou reduzidas devido ao uso da substância. (APA, 2014, p. 483).

O terceiro grupo de critérios se refere ao uso arriscado da substância para a sua saúde, sendo eles:

8) Pode tomar a forma de uso recorrente da substância em situações que envolvem risco à integridade física e 9) O indivíduo pode continuar o uso apesar de estar ciente de apresentar um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que, provavelmente, tenha sido causado ou exacerbado pela substância. (APA, 2014, p. 483).

Por último, o grupo de critérios denominado farmacológicos, sendo:

10) A tolerância sinalizada quando uma dose acentuadamente maior da substância é necessária para obter o efeito desejado ou quando um efeito acentuadamente reduzido é obtido após o consumo da dose habitual e 11) A abstinência é uma síndrome que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue ou nos tecidos diminuem em um indivíduo que manteve uso intenso prolongado. (APA, 2014, p. 484).

Os critérios anteriormente descritos são necessariamente fundamentados em um padrão patológico de comportamento relacionado ao uso e considerado leve quando o indivíduo apresentar dois ou três dos 11 critérios, moderado, com quatro ou cinco e grave, com mais de seis critérios no período de um ano. (APA, 2014). A questão fundamental a ser avaliada com tais critérios é o fracasso que o indivíduo apresenta ao se abster do uso da substância, não a existência de problemas e sintomas, embora esses também sejam evidenciados. (APA, 2014).

Os principais neurotransmissores envolvidos no desenvolvimento dos transtornos relacionados a substâncias são os sistemas opioides de catecolamina (em especial a dopamina) e o ácido Gama-aminobutírico (GABA). Tais neurotransmissores se projetam para as regiões corticais e límbicas, em destaque para o *nucleus accumbens* e *locus cerules*, vias que coletivamente representam o Sistema de Recompensa Cerebral (SRC). (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Portanto, fundamentalmente, todas as substâncias psicoativas quando consumidas, mesmo que apresentem mecanismos farmacológicos distintos, têm em comum a ativação SRC e, conseqüentemente, a sensação de prazer. Fato que associado a fatores ambientais, genéticos e psicológicos propiciam a repetição do uso e o desenvolvimento da dependência. (APA, 2014; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Destarte, os transtornos relacionados a substâncias constituem um fenômeno complexo, global, que ultrapassam aspectos biológicos, afetando a população de todas as faixas etárias e etnias. Está intimamente relacionado ao meio em que o indivíduo está inserido, entendido etimologicamente como multifatorial, sendo considerado um dos mais graves problemas de saúde pública em decorrência do aumento da prevalência. (BRASIL, 2015a; SIQUEIRA, 2016).

Atualmente estima-se que, 275 milhões de pessoas usam SPA, correspondendo a cerca de 5,6% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos. Dessas pessoas, em torno de 35 milhões têm transtornos relacionados a substâncias das quais necessitam de tratamento. (WHO, 2017; UNODC, 2019).

De acordo com o último Relatório Mundial sobre Drogas, da *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), os opioides são as substâncias que causam maior impacto negativo sobre a saúde. (UNODC, 2019).

No Brasil, os últimos dados epidemiológicos são do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), elaborado pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras drogas (INPAD) o qual expõe

que os transtornos relacionados ao uso de álcool alcançam 14,11% da população adulta e, quanto às substâncias ilícitas, cerca 3,3 milhões de pessoas. Neste levantamento é possível identificar a cocaína como a substância de maior impacto negativo na sociedade brasileira, e seu consumo, seja inalado (crack) ou aspirado (pó), atinge quase 800 mil pessoas. (UNIFESP, 2014).

Vale destacar que esses dados epidemiológicos brasileiros são referentes ao ano de 2012, e apesar de defasados, representam um quantitativo atual, haja vista que o relatório da UNODC considera uma estabilidade no consumo nos últimos seis anos. (UNODC, 2019). Entretanto, é importante ponderar que esses números são referentes a pessoas em domicílio, sendo excluídas aquelas em situação de rua, o que sugere um quantitativo ainda maior.

Deste modo, os números elevados de consumidores de SPA representam um alerta para o governo e para a sociedade, haja vista que mostra a evolução do consumo de drogas e a dimensão do seu impacto negativo sobre a sociedade, pois milhares de pessoas são afetadas direta e indiretamente, gerando prejuízos sociais e econômicos. (UNODC, 2019). Portanto, torna-se necessária a elaboração de políticas públicas mais eficazes para o enfrentamento dessa problemática, buscando minimizar as consequências e os possíveis agravos. (BRASIL, 2015a; SIQUEIRA, 2016).

Políticas públicas direcionadas a questões relacionadas a drogas tiveram início no Brasil no final do século XX, influenciadas por convenções internacionais fomentadas pela Organização das Nações Unidas (ONU). Desde então, elas passaram por diversas propostas, marcadas essencialmente pela criminalização, exclusão do usuário de SPA e intervenções repressivas, em que não eram feitas distinções entre tráfico e uso. (BRASIL, 2015a).

Não obstante, a partir da década de 1970, houve os primeiros avanços no entendimento desta problemática, considerando, a partir de então, a prevenção, a recuperação e a reinserção do usuário na sociedade. Entretanto, somente em 1990 ocorreram mudanças significativas no cenário político brasileiro, adjacentes ao movimento humanitário da Reforma Psiquiatria Brasileira com o entendimento de que as intervenções no campo das SPA deveriam ser pautadas em serviços com base na comunidade e no protagonismo do indivíduo. (BRASIL, 2015a.)

Apesar do importante avanço, somente no ano de 2003 o Ministério da Saúde estabeleceu a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, considerando a Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001, a qual 'dispõe sobre a

proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental', as diretrizes da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2015a).

Desde então, diversas portarias e decretos vêm sendo publicados com a finalidade de criar parâmetros para a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Entre essas portarias, destaca-se a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e a 3.588 de 21 de dezembro de 2017, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015a; BRASIL, 2017).

A RAPS tem a finalidade de ampliar e promover o acesso à atenção psicossocial das pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e familiares aos pontos de atenção e garantir a articulação desses pontos no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011).

Para tanto, conta com os seguintes componentes da atenção básica em saúde: 1) Unidade Básica de Saúde (UBS); 2) equipe de atenção básica para populações específicas, sendo equipe de consultório na rua e equipe de apoio aos serviços de componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório; e os 3) Centros de Convivência. (BRASIL, 2011).

Na atenção psicossocial, os pontos de atenção são destacados pela equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas e pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, podendo ser CAPS I, II, III, AD, AD III, AD IV e i. (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Os CAPS atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes no território, em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo. São constituídos por uma equipe multiprofissional que deve atuar em uma ótica interdisciplinar. O cuidado nesses serviços é ofertado, prioritariamente, em espaços coletivos como grupos, assembleias e reuniões de equipe, cujo trabalho deve ser articulado com os demais pontos de atenção da rede psicossocial e com as outras redes de atenção à saúde, educação e entre outros. (BRASIL, 2011).

Outros componentes da RAPS referem-se aos de urgência e emergência, sendo os pontos de atenção compostos pelo Serviço de Atendimento Móvel de

Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência, pronto socorro; e entre outros. (BRASIL, 2011).

Ainda tem-se na RAPS a atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade de Recolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial, atenção hospitalar, formada pela enfermagem especializada em Hospital Geral, serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico Especializado; Hospital dia; e, por fim, as estratégias de desinstitucionalização, formadas pelos Serviços Residenciais Terapêuticos. (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Em consonância com os diferentes dispositivos supracitados, bem como, com as recomendações da OMS, entende-se que o cuidado a pessoas com transtornos relacionados a substâncias e familiares deve ser considerado tendo em vista a realidade em que o indivíduo está inserido, valorizando suas demandas e sua singularidade. Para tanto, é necessário o fortalecimento da RAPS com destaque para a oferta do tratamento na Atenção Primária à Saúde (APS) como também ações de saúde mental no contexto comunitário. (BRASIL, 2011; SIQUEIRA, 2016).

De acordo com Siqueira (2016) o tratamento individualizado a pessoas com transtornos relacionados a substâncias deve ser pautado em intervenções intersetoriais e multiprofissionais com ações voltadas à pessoa, ao sofrimento e ao cuidado. Assim, para que o tratamento seja efetivo, ele deve atender as suas necessidades de forma singular, englobando diferentes modalidades terapêuticas, entre elas a medicamentosa. (BRASIL, 2011; SIQUEIRA, 2016).

A terapêutica medicamentosa configura-se como um recurso que visa restaurar o equilíbrio das funções psíquicas e, consequentemente, o comportamento da pessoa com transtornos mentais, incluindo os relacionados a substâncias. Com esta modalidade, busca-se controlar os sintomas agudos, favorecendo a redução ou cessação do consumo da SPA, além de prevenir a recaída e contribuir com a manutenção da abstinência. (SOUSA; VEDANA; MIASSO, 2016; MAZZAIA; SOUZA, 2017).

Desde 1950, houve um avanço na terapêutica medicamentosa, principalmente com a descoberta do Sistema de Recompensa Cerebral e, assim, se

obteve uma melhor compreensão das bases neuropsicológicas dos transtornos relacionados a substâncias e, por sua vez, no desenvolvimento de novas medicações, ocasionando uma resolutividade dos processos que envolvem a complexidade destes transtornos. (DIEHL et al., 2010). Destarte, atualmente tem-se medicamentos mais eficazes, menos tóxicos e mais assertivos quanto à sua necessidade. (CORDIOLI; GALLOIS; ISOLAN, 2015).

Há diferentes medicamentos que comumente são prescritas para o tratamento dos transtornos relacionados a substância, entre elas pode-se citar o Dissulfiram, uma medicação com efeito sensibilizador do álcool, efetiva em promover uma importante redução da frequência de consumo alcoólico por meio da inibição da enzima acetaldéido-desidrogenase. (SADOCK; SADOCK; SUSSMAN, 2007; CORDIOLI; GALLOIS; ISOLAN, 2015).

Esse medicamento quando associado a ingestão do álcool gera um acentuado acúmulo de acetaldéido no organismo, em torno de 20 vezes mais que no metabolismo normal, ocasionando uma reação rápida, violenta e desagradável no indivíduo que apresenta sintomas como palpitações, náusea, sensação de morte iminente sudorese, dispneia, entre outros. (SADOCK; SADOCK; SUSSMAN, 2007; CORDIOLI; GALLOIS; ISOLAN, 2015).

Este fármaco foi o primeiro a ser liberado pela *Food and Drug Administration* (FDA) para o tratamento dos transtornos relacionados ao álcool, no entanto de modo tímido também é prescrito para outras substâncias. Evidências científicas sugerem a eficácia do Dissulfiran no tratamento do abuso de cocaína, nesse caso, acredita-se que este medicamento é capaz de inibir a β -hidroxilase, que resulta em um excesso de dopamina no Sistema Nervoso Central (SNC) e diminui a síntese de noradrenalina acarretando a diminuição de prazer e na potencialização dos efeitos desagradáveis da cocaína. (CORDIOLI; GALLOIS; ISOLAN, 2015).

Outro fármaco comumente prescrito é a Naltrexona, que por sua vez apresenta eficácia comprovada para o tratamento do uso do álcool e na manutenção do tratamento para o uso de opioides. Trata-se de um antagonista que bloqueia a liberação de opiodes endógenos tornando o hábito de consumo de substância menos prazeroso. (CORDIOLI; GALLOIS; ISOLAN, 2015).

O Topiramato é outro fármaco utilizado, principalmente nos transtornos por uso de cocaína. Trata-se de um anticonvulsivante que apresenta diversos mecanismos de ação, entre as quais resultam no aumento do sistema inibitório GABA

e inibe o sistema excitatório glutamatérgico no *nucleus accubens*, resultando na redução da fissura. (CORDIOLI; GALLOIS; ISOLAN, 2015).

Ainda há diversos outros fármacos que são prescritos especificamente para a síndrome de abstinência, intoxicação, *delírium tremens*, convulsões, como também há medicamentos que mesmo não sendo diretamente elaborados para os transtornos relacionados a substâncias, apresentam mecanismos de ação que vão agir efetivamente nos diferentes sintomas apresentados. (CORDIOLI; GALLOIS; ISOLAN, 2015).

Entretanto, é preciso considerar que, apesar de todo o benefício adquirido com o avanço da tecnologia farmacoterapêutica no tratamento do consumo de SPA, o uso do medicamento como única e isolada alternativa para um agravo complexo como este, se torna um equívoco. Neste caso, é importante considerar outras modalidades terapêuticas associadas à medicamentosa, haja vista que o tratamento a pessoas com transtornos relacionados a substâncias requer mais do que o uso de algum fármaco. (ALMEIDA; BATISTA; PRADO, 2017).

Neste contexto, Siqueira (2016) complementa ao ressaltar que o tratamento a pessoas acometidas de tal transtorno, deve compreender a abordagem psicossocial por meio da adoção de diferentes modalidades além da medicamentosa, como grupos terapêuticos, atendimentos individuais e familiares, entre outros. Esse modelo de tratamento é considerado um importante recurso por proporcionar melhores condições ao indivíduo para o alcance da manutenção da abstinência e a reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2011).

De acordo com Zhang et al. (2016), outras modalidades terapêuticas, aliadas à medicamentosa, favorecem a efetividade do tratamento e estimulam o desenvolvimento de atitudes positivas do indivíduo, refletindo em benefícios na prevenção da recaída e na manutenção da abstinência. Em concordância, Almeida, Batista e Prado (2017) afirmam que a associação de outras terapias favorece a promoção da saúde da cidadania e promove a qualidade de vida, fortalecendo a autonomia e a reinserção social.

Ademais, outro ponto que se deve considerar é a preocupação com a medicalização do transtorno mental e uso racional de medicamentos. Bezerra et al. (2016) definem a medicalização como uma incorporação dos aspectos sociais, econômicos ou mesmo existenciais sob o domínio de medicações, cuja singular finalidade é a cura. Azevedo e Duque (2016) complementam que a medicalização é

um fenômeno presente nos serviços de saúde, representado pelo modelo biomédico, mecanicista, em que o uso do medicamento é enfatizado como único meio para alcançar um padrão de normalidade idealizado socialmente.

Quanto ao uso racional de medicamentos, de acordo com o Manual Técnico sobre o Uso Racional de Medicamentos do Ministério da Saúde, trata-se de um processo que compreende a prescrição apropriada de medicamentos, a dispensação e o consumo nas condições e doses adequadas, considerando os intervalos definidos e o período de tempo indicado, garantindo a eficácia, a segurança e a qualidade do fármaco. (BRASIL, 2012).

Sabe-se que 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados, vendidos e usados de maneira incorreta. Tal percentual é fomentado por fatores relacionados à quantidade exacerbada de medicamentos prescritos, diagnósticos incompletos que resultam em escolha inadequada do fármaco, automedicação, entre outros. Esse cenário prejudica a população, contribui com a cronicidade do transtorno mental e onera os serviços públicos. (WHO, 2003; BRASIL, 2012).

Portanto, o uso da medicação deve estar em consonância com os preceitos da Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que tem como objetivo garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. (BRASIL, 2001a).

Desse modo, o uso racional de medicamentos permite que o indivíduo receba o medicamento de maneira adequada às suas necessidades, nas doses correspondentes a seus requisitos individuais durante o período necessário e adequado, com menor custo possível. (OMS, 2002; BRASIL, 2012).

Considerando que os transtornos relacionados a substâncias têm curso crônico, necessitando, muitas vezes, que o indivíduo faça uso prolongado de medicamentos, outro aspecto importante a ser considerado é a adesão.

Entende-se o termo 'adesão' como o 'ato pelo qual um indivíduo, uma instituição ou uma nação passa a participar de um negócio ou processo por iniciativa própria'. (MICAELIS, 2017 s/p). Essa definição confirma o início das discussões da OMS acerca do conceito de adesão à terapêutica medicamentosa iniciada no ano 2001, entendido como 'a extensão a que o paciente segue as instruções médicas'. (WHO, 2003).

Entretanto tanto o termo ‘médico’ como também o termo ‘instruções’ foram questionados pela própria OMS, que entende que o primeiro reflete de maneira insuficiente a gama de intervenções de um tratamento e o segundo implica um sentido de passividade que o sujeito necessita de um agente especialista sem considerá-lo um colaborador ativo no processo de tratamento. (WHO, 2003).

Em uma revisão sistemática realizada com o objetivo de identificar as intervenções aplicadas para promover a adesão, identificou-se a definição de adesão como sendo o percentual de doses recebidas, podendo ser de 80 a 90% ou 95 a 100% das doses. (CLEMENTS et al., 2018).

Embora a maioria das pesquisas se concentre na adesão à terapêutica medicamentosa como sendo um uso correto ou não de uma medicação (LAUNONEN et al., 2016), a OMS destaca que a adesão extrapola esse conceito, pois engloba diversos comportamentos relacionados ao indivíduo e à sociedade, que superam ao ato de escolha de utilizar ou não, um determinado medicamento. (WHO, 2003).

Considerando esses questionamentos, atualmente, numa visão ampliada, a OMS define a adesão como ‘um comportamento de uma pessoa, seja coincidente com as recomendações acordadas com um prestador de cuidados de saúde’. (WHO, 2003).

Em geral, na decisão pela adesão ao tratamento medicamentoso, considera-se a tríade baseada: 1. No sentimento de que há algo errado consigo mesmo, 2. Na motivação da resolução do problema por meio do medicamento e 3. Na crença da conquista da melhora do quadro patológico a longo prazo, apesar dos aspectos negativos. (ZANELATTO; LARANJEIRA, 2018). Hartung et al. (2017) complementam que a adesão à terapêutica medicamentosa se caracteriza por um comportamento complexo que compreende uma série de fatores inter-relacionados que envolvem o indivíduo, os profissionais de saúde e o sistema de saúde.

Destarte, a adesão ao tratamento medicamentoso passa pela relação dicotômica entre profissional-paciente, propiciando ao profissional a clareza dos limites e as potencialidades do processo de tratamento, favorecendo ao indivíduo uma visão ampliada acerca do seu desempenho no tratamento. (WHO, 2003; HARTUNG et al., 2017).

Nesse sentido, a OMS apresenta a adesão como um fenômeno determinado pela interação entre o indivíduo e cinco dimensões determinantes, desmitificando o

fato de a pessoa ser o único responsável pela continuidade do seu tratamento. (WHO, 2003).

A primeira dimensão é **socioeconômica**, que diz respeito, principalmente, a países em desenvolvimento, que colocam o indivíduo em situação de escolha de prioridades concorrentes e, frequentemente, direcionam os recursos financeiros, que, por sua vez, são limitados, para atender outras necessidades da família, acabando, assim, por prejudicar ou abandonar o tratamento medicamentoso. (WHO, 2003).

Outras questões como idade, faixa etária, sexo e raça, baixa escolaridade ou analfabetismo, situação de desemprego, alto índice de pobreza, condições de vida instável, ausência de redes sociais de apoio, disfunção familiar e o alto custo com a medicação também fazem parte desta dimensão. (WHO, 2003).

Outra dimensão apresentada pela OMS é a **equipe/sistema de saúde** que resulta da relação entre o indivíduo e o serviço e fatores como locais de tratamentos inadequados, distribuição de medicamentos de forma precária, falta de conhecimentos dos profissionais e das pessoas que necessitam da medicação acerca da eficácia da necessidade da medicação, entre outros. (WHO, 2003).

A **doença** é representada como a terceira dimensão. Neste caso, as condições enfrentadas e relatadas pelo indivíduo são determinantes para aderir ou não à terapêutica medicamentosa. Situações como gravidade dos sintomas, nível de incapacidade (física, psicológica), evolução da doença, comorbidades e indisponibilidade de tratamentos efetivos fazem parte desta dimensão.

A quarta refere-se ao **tratamento**. De acordo com a OMS, existem inúmeros fatores que interferem nesta dimensão, destacando como mais notáveis a complexidade do regime terapêutico, a duração do tratamento, as falhas na prescrição do tratamento ou dos cuidados, frequentes mudanças no tratamento e efeitos colaterais das medicações. (WHO, 2003).

E por fim, a última dimensão é relacionada ao **indivíduo**, a qual aborda fatores como o conhecimento e crenças sobre a doença, motivação, auto eficácia para gerenciar o tratamento, percepções e expectativas sobre o resultado do tratamento. Nessa dimensão, enquadram-se ainda fatores como o estresse, esquecimento, baixa motivação, ausência de autopercepção, não aceitação, descrença no diagnóstico, desesperança e frustração. (WHO, 2003).

Outras situações como, falta de conhecimento sobre a complexidade do tratamento, ausência de percepções da necessidade da medicação, preocupações

diversas com a medicação e a doença, sentimentos estigmatizados e crenças negativas quanto à eficácia do tratamento, também são fatores desta última dimensão. (WHO, 2003).

Deste modo, a partir do conhecimento das diferentes dimensões é possível compreender que aderir ou não a um tratamento é um fenômeno amplo, permeado pela subjetividade do sujeito, como ele se relaciona consigo mesmo, com o transtorno e com o tratamento, sendo necessário compreender os fatores que estão envolvidos neste comportamento.

Sabe-se que uma porcentagem significativa da população mundial necessita de medicações para o tratamento de doenças agudas e crônicas. Para doenças crônicas, estima-se que, em países desenvolvidos, apenas 50% cumprem o tratamento de maneira adequada. Esse quantitativo é ainda menor quando se analisa este fenômeno em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. (WHO, 2003).

Indiscutivelmente, a eficácia da medicação está diretamente relacionada ao uso contínuo e correto e, conseqüentemente, à redução da morbimortalidade, contudo a não adesão configura um dos mais importantes preditores para resultados negativos do tratamento. (JAREMKO; STERLING; BOCKSTAELE, 2015; HARTUNG et al., 2017). Stout et al. (2014) destacam que a terapêutica medicamentosa é um recurso importante no tratamento dos transtornos relacionados a substâncias, entretanto a adesão pode ser um desafio porque muitos indivíduos têm dificuldade de completar o tratamento necessário.

Essa dificuldade de adesão se estabelece principalmente pela falta de *insight* e pelas características deletérias deste transtorno mental que basicamente gera alterações nos circuitos cerebrais que podem persistir mesmo quando ocorre a desintoxicação, levando a efeitos comportamentais que se manifestam em forma de constantes recaídas e no *craving* intenso, potencializado quando são expostos a estímulos intrínsecos e extrínsecos. (APA, 2014; FERREIRA et al., 2016).

Deste modo, destaca-se a importância de atentar-se a sinais específicos que indiquem a descontinuidade do tratamento. Na pesquisa, Lima-Dellamora et al. (2017) e McRae-Clark et al. (2015) afirmam que é possível mensurar a adesão e apresentam os métodos diretos e indiretos, os quais oferecem diferentes vantagens e desvantagens.

Com relação aos métodos diretos, são considerados os mais confiáveis por mensurarem a adesão de maneira objetiva, utilizando técnicas como a dosagem

plasmática, marcador biológico e o tratamento de ingestão monitorada, entretanto, apesar de mais eficazes, possuem maior complexidade de aplicação e custos mais elevados. (McRAE-CLARK et al., 2015).

Por outro lado, os métodos indiretos são mais acessíveis por serem caracterizados pela avaliação da resposta clínica de questionários autorrelatados, contagem de comprimidos ou contagem da renovação de receita. Nestes formatos, apesar de mais fáceis, são mais suscetíveis a erro, pois não se pode garantir a real adesão, haja vista que falsas declarações de superestimação do uso podem ser disponibilizadas pelo indivíduo ao ser questionado sobre estar ou não fazendo uso correto da medicação, ocasionando um viés na pesquisa. (McRAE-CLARK et al., 2015).

Na prática profissional a aplicação desses métodos acaba sendo complexa e dispendiosa fazendo-se necessário a percepção dos fatores extrínsecos e intrínsecos envolvidos na descontinuidade do tratamento e o estabelecimento de vínculo adequado com o indivíduo a fim de fortalecer a relação com o profissional e com o serviço.

Para tanto, algumas intervenções terapêuticas podem ser aplicadas com o intuito de promover melhores resultados em relação à adesão à medicação. Especificamente para os transtornos relacionados a substâncias pode-se citar a abordagem BRENDA, uma estratégia pouco utilizada no Brasil, que associa a métodos motivacionais a fim de manter e respeitar o tratamento medicamentoso.

Esta abordagem trata-se de um acrônimo referente a seis passos estruturados imprescindíveis para promover a adesão ao tratamento, utilizando recursos e métodos para o fortalecimento motivacional por meio de estratégias comportamentais, com o intuito de reter e vincular pessoas com transtornos relacionados a substâncias, principalmente os refratários. (ZANELATTO; LARANJEIRA, 2018).

O primeiro passo é definido pela 'Avaliação biopsicossocial' (*Biopsychosocial evaluation*), que considera a compreensão das dimensões físicas, psicológicas e sociais do indivíduo, sendo, para tanto, necessário fazer valer a história pessoal, explorando seu contexto social. Desta forma, é possível identificar o surgimento de complicações que possam prejudicar a adesão. Ainda neste passo, busca-se estabelecer a aliança terapêutica entre o profissional e o indivíduo. (ZANELATTO; LARANJEIRA, 2018).

No passo seguinte, é fornecido ao indivíduo um ‘Relato’ (*Report*) acerca do resultado da avaliação biopsicossocial, com o intuito de formar uma identificação do indivíduo com suas fragilidades e potencialidades para que a mudança de comportamento ocorra. Nesse caso, o modo como é transmitido e como é recebido o relato da avaliação revela o estágio de mudança de comportamento, possibilitando a identificação do quanto se contemplam a mudança e seu estado de prontidão. (ZANELATTO; LARANJEIRA, 2018).

A compreensão empática ou *Empathy* da vivência da pessoa com transtornos relacionados a substâncias, passo três da abordagem BRENDA, possibilita o entendimento dos pensamentos e sentimentos presentes no indivíduo, sendo necessário identificar as necessidades (*Needs*), objetivando o fortalecimento da aliança terapêutica. Nesse momento, deve-se buscar o acolhimento, pois maiores são as chances de adesão e permanência do tratamento. Nesse sentido, busca-se a concordância do indivíduo em relação ao tratamento medicamentoso, sempre adequando ao contexto em que está inserido, pois, como supracitado, o conceito adesão ao tratamento medicamentoso é maior que somente o uso do medicamento, assim, a eficácia da adesão também dependerá da aliança com o tratamento. (ZANELATTO; LARANJEIRA, 2018).

A informação dirigida (*Direct Advice*) e a Avaliação (*Assessment*) são os últimos dois passos da abordagem BRENDA. Destarte, primeiramente são apresentadas as metas a serem alcançadas e, assim, se mantém o objetivo do tratamento, oferecendo alternativas terapêuticas direcionadas às necessidades do indivíduo. E por fim, avaliando as determinadas reações, consegue-se antecipar possíveis atitudes de não adesão, ou o não alcance da meta. (ZANELATTO; LARANJEIRA, 2018).

Outra forma de promover a adesão é por meio da Gestão Autônoma da Medicação (GAM). Trata-se de uma prática humanizada em grupo, de origem canadense, cujos objetivos são o reconhecimento e a reflexão acerca da experiência coletiva do uso de medicamentos, a afirmação dos direitos, do poder contratual e da qualidade de vida daqueles que têm transtornos mentais e necessitam fazer uso da medicação. (BRASIL, 2015b).

A GAM considera o reconhecimento de que cada indivíduo tem uma experiência singular com a medicação em saúde mental e, deste modo, visa ao

aumento do poder de negociação desse indivíduo com os profissionais da saúde responsáveis pelo seu tratamento. (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014).

É necessário que tanto os profissionais como os usuários da medicação possam avaliar juntos o ponto em que os medicamentos se valem como promotores da qualidade de vida e reduzem o sofrimento do transtorno mental, ou pelo contrário, intensificam o sofrimento. (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014).

Outras intervenções familiares por meio de terapias familiares e atendimentos individuais e tecnológicas, tais como a utilização de dispositivos eletrônicos de organização de medicamentos e mensagens de texto via *smartphone*, também são evidenciadas como promotoras da adesão, apesar de serem vistas com cautela, uma vez que não garantem a efetividade da adesão, mas, em geral, têm efeito positivo. (McRAE-CLARK et al., 2015; VIEIRA et al., 2016).

1.1 JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento desta tese se justifica pela necessidade de mensurar e compreender os fatores que envolvem a adesão à terapêutica medicamentosa pelas pessoas com transtornos relacionados a substâncias, uma vez que se constatou um *déficit* na literatura nacional após a publicação de uma revisão integrativa que mostrou um estudo acerca dessa temática retratando uma importante lacuna em publicações brasileiras. (CAPISTRANO et al., 2019).

Além disso, considerando que a adesão é um fenômeno modificável, Sousa, Vedana e Miasso (2016) destacam que é importante mensurar e conhecer os fatores que envolvem a adesão à terapêutica medicamentosa para que seja possível antecipá-los e explorá-los na busca de um tratamento eficaz.

Apesar da adesão ser um desafio em todos os agravos de saúde, particularmente nos transtornos relacionados a substâncias o descumprimento do regime medicamentoso se torna significativamente alto. Embora, estudos demonstrem uma baixa adesão nessa população, sugerem que pode haver uma equiparação a outras condições crônicas quando fornecido o apoio adequado. (CLEMENTS et al., 2018).

Para tanto, entende-se que este estudo pode contribuir com subsídios para a identificação da prevalência da não adesão, bem como, dos fatores relacionados à (não)adesão favorecendo o desenvolvimento de estratégias terapêuticas e de abordagens mais apropriadas para tratamento psicossocial de pessoas cometidas por este transtorno.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a adesão à terapêutica medicamentosa por pessoas em tratamento em Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar as evidências científicas sobre os fatores associados a adesão e a não adesão à terapêutica medicamentosa de pessoas com transtornos relacionados a substâncias;
2. Caracterizar o perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico de pessoas em tratamento em Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas;
3. Verificar a prevalência da adesão à terapêutica medicamentosa por pessoas com transtornos relacionados a substâncias pela aplicação do instrumento de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT);
4. Avaliar o nível de conhecimento da pessoa em tratamento em relação à terapêutica medicamentosa proposta;
5. Avaliar o nível de utilização segura da prescrição medicamentosa da pessoa com transtornos relacionados a substâncias;
6. Avaliar a complexidade da terapêutica medicamentosa proposta para a pessoa com transtorno relacionados a substâncias em tratamento;

7. Investigar o nível de gravidade dos transtornos relacionados a substâncias por meio do instrumento *Addiction Severity Index 6* (ASI-6).

8. Analisar as associações entre as variáveis do perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico; nível de conhecimento, de utilização segura da medicação, complexidade da terapêutica medicamentosa e gravidade dos transtornos relacionados a substâncias, com o desfecho não adesão à terapêutica medicamentosa.

3 HIPÓTESES DO ESTUDO

As hipóteses descritas a seguir foram elaboradas com base nos fatores relacionados à adesão e à não adesão à terapêutica medicamentosa de pessoas com transtornos relacionados a substâncias, tendo como referência uma Revisão Integrativa da Literatura descrita no item quatro desta tese.

1. A prevalência de não adesão à terapêutica medicamentosa de pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento em Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas é superior a 50%.
2. A faixa etária compreendida entre 18 e 29 anos, do sexo masculino, não brancos, baixa escolaridade, estar em situação de desemprego e renda familiar insuficiente para o autossustento, com maior gravidade na área ocupacional, associa-se com maior prevalência com a baixa adesão à terapêutica medicamentosa de pessoas com transtornos relacionados a substâncias.
3. A não adesão à terapêutica medicamentosa tem maior prevalência em pessoas que possuem maior gravidade na área de apoio social, problemas sociais e familiar relacionada aos filhos.
4. A não adesão à terapêutica medicamentosa de pessoas com transtornos relacionados a substâncias tem menor prevalência quando há abstinência da droga de preferência, ausência de sintomas de abstinência e menor gravidade dos transtornos relacionados a substâncias.
5. A prevalência da não adesão à terapêutica medicamentosa será maior em pessoas com transtornos relacionados ao uso de múltiplas drogas, com histórico de recaída e sem histórico de tratamentos anteriores.

6. A não adesão à terapêutica medicamentosa, terá maior prevalência em pessoas com um baixo nível de conhecimento e com uma maior complexidade do regime terapêutico medicamentoso.
7. Pessoas com transtornos relacionados a substâncias com comorbidades mentais, clínicas e que utilizam mais de uma medicação, possuem maior prevalência de não aderir ao tratamento medicamentoso.
8. A não adesão à terapêutica medicamentosa de pessoas com transtornos relacionados a substâncias tem maior prevalência quando há presença de efeitos colaterais, longo tempo de tratamento, ausência de apoio profissional ou familiar para a administração das medicações e quando não é identificada a necessidade da medicação pelo indivíduo.
9. Pessoas com transtornos relacionados a substâncias que possuem histórico prisional e maior gravidade na área legal são mais propensas a não aderir ao tratamento medicamentoso.

4 METODOLOGIA

Neste item será descrito a metodologia utilizada para a realização da Revisão Integrativa da Literatura, bem como a metodologia utilizada para a elaboração dos resultados da tese no que se refere a adesão e seus fatores relacionados.

4.1 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Optou-se pela realização de uma Revisão Integrativa da Literatura por se tratar de um método que permite uma ampla compreensão do fenômeno a ser estudado, no caso desse estudo, a adesão à terapêutica medicamentosa de pessoas com transtornos relacionados a substâncias. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Nas últimas décadas, houve um aumento significativo de estudos científicos, principalmente na área da saúde, tornando-se necessário o desenvolvimento de estratégias capazes de propiciar uma melhor utilização das evidências destacadas em cada resultado de tais estudos. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

No que refere à terapêutica medicamentosa para pessoas com transtornos relacionados a substâncias, Diehl et al. (2010) destacam que, diante da crescente publicação de artigos científicos nesta área, ocorre dificuldade por parte dos profissionais da saúde para a tomada de decisões assertivas e para o encontro de respostas efetivas para a prática profissional.

Desta forma, entre as estratégias disponíveis, destaca-se a Revisão Integrativa de Literatura, considerada a mais ampla abordagem metodológica relacionada a revisões, que possibilita a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, favorecendo, assim, a busca de maior número de estudos. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Por este método, determina-se o conhecimento atual sobre uma temática específica, pois, além de identificar resultados de diferentes estudos que abordam o mesmo assunto, analisa e sintetiza tais resultados, proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

É um método que deve seguir padrões de rigor metodológico, necessitando ser utilizado de maneira sistemática, ordenada e abrangente, pois o resultado de uma revisão integrativa da literatura implica impacto direto na qualidade dos cuidados prestados ao indivíduo. (GANONG, 1987; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

4.1.1 Seleção da questão norteadora

Definir a questão que norteia a revisão integrativa da literatura é a fase mais importante da metodologia, pois é neste momento que são definidos os estudos que serão incluídos na revisão, os meios a serem adotados para a busca e as informações de cada estudo selecionado, que serão significativas de serem coletadas. (GANONG, 1987; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Uma questão norteadora bem formulada deve ser fundamentada na identificação das variáveis e na população de interesse, expondo, desta forma, especificidade e precisão. Tem o intuito de identificar palavras-chave possíveis para a pesquisa, devendo ser elaborada de forma clara e objetiva, sempre relacionada a um raciocínio teórico. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; BRASIL, 2014).

A adequada formulação da questão norteadora possibilita a definição correta das informações necessárias para a busca, maximiza a recuperação de evidências oriundas das bases de dados, objetiva o escopo da pesquisa e, assim, evita a busca de estudos que não fazem parte do objetivo da pesquisa. (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Considerando estas questões supracitadas e para que fosse possível elaborar uma questão norteadora que representasse o real objetivo da busca dos estudos de maneira eficaz, foi utilizada a estratégia PECO (QUADRO 1). (BRASIL, 2014).

QUADRO 1 – ESTRATÉGIA PECO PARA A FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DA PESQUISA

P	População de interesse	Paciente ou problema a ser abordado
E	Exposição	Exposição a ser considerada
C	Comparador	Controle
O	Desfecho (<i>outcome</i>)	Desfecho de interesse

FONTE: Brasil (2014).

Esta estratégia representa elementos fundamentais que devem compor uma questão norteadora. A letra ‘P’ refere-se à população de interesse. Trata-se de uma população específica com suas características e informações demográficas relevantes como doença, condição, estágio, gravidade, idade, gênero, entre outras. No caso da presente pesquisa, o ‘P’ é representado por pessoas com transtornos relacionados a substâncias. (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007; BRASIL, 2014).

Já a letra ‘E’ se refere à exposição a ser considerada, que pode ser um fator de risco ou mesmo um fator prognóstico, devendo ser claramente definida, considerando critérios para a aferição da dose ou da quantidade da exposição. É uma condição análoga à ‘intervenção’ oriunda da estratégia PICO, utilizada em estudos clínicos randomizados. Nesse caso, a exposição definida foi terapêutica medicamentosa. (BRASIL, 2014).

Em seguida, a letra C representa o comparador, o controle, sendo utilizada em questões norteadoras de estudos de coorte clássico, ou seja, estudos prospectivos, referindo-se à comparação a uma população similar que não teve contato com o fator exposição. Destaca-se que este elemento não faz parte da presente pesquisa, haja vista que não se trata de uma pesquisa de coorte, mas de um estudo observacional transversal. (BRASIL, 2014).

Por fim, o elemento ‘O’ refere-se ao desfecho, representado neste estudo pela adesão. Desta forma, a questão norteadora do presente estudo segundo a estratégia PECO foi a seguinte: Quais as evidências científicas sobre os fatores associados à adesão à terapêutica medicamentosa?

4.1.2 Amostra da Revisão Integrativa da Literatura

Após a elaboração da questão norteadora, a etapa seguinte tratou da busca nos bancos de dados de estudos primários a serem incluídos na amostragem da revisão integrativa de literatura. (GANONG, 1987; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Esta etapa consiste na delimitação da abrangência do objeto de estudo pelo estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão e pela definição dos descritores. A delimitação da abrangência possibilita maior delineamento do objeto de estudo e permite que a análise e as conclusões sejam precisas, conferindo maior confiabilidade. (GANONG, 1987).

O processo de inclusão e de exclusão de estudos deve ser feito de forma criteriosa, pois a representação da amostra servirá de indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão integrativa da literatura. (GANONG, 1987).

Para a execução desta fase, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos primários publicados na íntegra, que abordem a adesão à terapêutica medicamentosa por pessoas com transtornos relacionados a substâncias, estar disponível *on-line*, publicados nos idiomas inglês, espanhol ou português no período de 2006 a 2016.

Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, metanálise, carta, editorial, reflexão, relato de experiência, estudo de caso e estudos que trazem como tema os transtornos relacionados ao tabaco e aqueles que se refere a crianças e adolescentes com transtornos relacionados a substâncias.

Os descritores foram definidos por um levantamento nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PUBMED, desenvolvida pelo *National Center for Biotechnology Information* (NCBI) da *US National Library of Medicine* (NLM) e *Cumulattive Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL).

Para a busca na base de dados da LILACS, foram utilizados os Descritores das Ciências da Saúde (DeCS); para a busca na PUBMED, foram aplicados os descritores pertencentes ao *Medical Subject Headings* (MeSH); e para CINAHL, foi utilizado o *subject headings*.

As estratégias de busca e a utilização dos descritores controlados foram feitas de maneira individualizada para cada uma das bases de dados, Quadro 2, respeitando as singularidades e especificidades de cada uma.

QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS DESCRITORES CONTROLADOS DE ACORDO COM A BASE DE DADOS SELECIONADA

(Continua)

Base de Dados	Descritores controlados
LILACS	Adesão a medicação Cooperação do paciente Uso indevido de medicamentos sob prescrição Transtornos relacionados ao uso de substâncias Transtornos relacionados ao uso de álcool Alcoolismo Transtornos relacionados ao uso de anfetamina
LILACS	Transtornos relacionados ao uso de cocaína Abuso de inalantes Abuso de maconha Transtornos relacionados ao uso de opioides Dependência de morfina Dependência de heroína Abuso de fenciclidina Abuso de substâncias intravenosas Detecção do abuso de substâncias
PUBMED	<i>Medication Adherence</i> <i>Patient Compliance</i> <i>Prescription Drug Misuse</i>
	<i>Substance-Related Disorders</i> <i>Alcohol-Related Disorders</i> <i>Alcoholism</i> <i>Amphetamine-Related Disorders</i> <i>Cocaine-Related Disorders</i> <i>Inhalant Abuse</i> <i>Marijuana Abuse</i> <i>Opioid-Related Disorders</i> <i>Heroin Dependence</i> <i>Morphine Dependence</i> <i>Phencyclidine Abuse</i> <i>Substance Abuse, Intravenous</i> <i>Substance Abuse Detection</i>

QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS DESCRITORES CONTROLADOS DE ACORDO COM A BASE DE DADOS SELECIONADA

(Conclusão)

CINAHL	<i>Medication Adherence</i> <i>Patient Compliance</i>
	<i>Alcoholism</i> <i>Alcohol-Related Disorders</i> <i>Alcohol Abuse</i> <i>Substance Abuse Detection</i> <i>Substance Abuse</i> <i>Substance Abuse, Intravenous</i> <i>Inhalant Abuse</i> <i>Substance Use Disorders</i> <i>Substance Use Rehabilitation Programs</i> <i>Substance Dependence</i> <i>Substance Abusers</i> <i>Alcohol Rehabilitation Programs</i>

FONTE: A Autora (2017).

A busca dos artigos primários nas bases de dados ocorreu em abril de 2017, sendo, para tal, utilizado o formulário avançado em todas as bases, como também os operadores booleanos *AND* e *OR*. As estratégias de coleta estão descritas no Quadro 3 de acordo com cada base de dados.

Em relação ao banco de dados da LILACS, foram excluídos sete artigos manualmente, que não compreendiam o período entre 2006 e 2016, isso porque nesta base de dados não é possível filtrar por data na busca avançada.

Destarte, do total de 1.304 artigos encontrados após a aplicação da estratégia de busca em todas as bases referidas anteriormente, restaram 1.297 artigos.

QUADRO 3 – ESTRATÉGIAS DE BUSCA DE ACORDO COM CADA BASE DE DADOS

PUBMED	13/04/2017	(((((("Substance-Related Disorders"[Mesh:no exp] OR "Alcohol-Related Disorders"[Mesh: no exp]) OR "Alcoholism"[Mesh]) OR "Amphetamine-Related Disorders"[Mesh]) OR "Cocaine-Related Disorders"[Mesh]) OR "Inhalant Abuse"[Mesh]) OR	861
PUBMED	13/04/2017	"Marijuana Abuse"[Mesh]) OR "Opioid-Related Disorders"[Mesh]) OR "Heroin Dependence"[Mesh]) OR "Morphine Dependence"[Mesh]) OR "Phencyclidine Abuse"[Mesh]) OR "Substance Abuse, Intravenous"[Mesh]) AND ("Patient Misuse"[Mesh]) AND ("loattr free full text"[sb] AND ("2006/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]) AND "adult"[MeSH Terms])	861
CINAHL	13/04/2017	S1 (MH "Patient Compliance") OR (MH "Medication Compliance") S2 (MH "Alcoholism") OR (MH "Alcohol-Related Disorders") OR (MH "Alcohol Abuse") OR (MH "Substance Abuse Detection") OR (MH Substance Abuse") OR (MH "Substance Abusers") OR (MH "Inhalant Abuse") OR (MH "Substance Abuse, Intravenous") OR (MH "Substance Use Disorders") OR (MH "Substance Dependence") OR (MH "Substance Use Rehabilitation Programs") OR (MH "Alcohol Rehabilitation Programs") S1 AND S2 Limitadores – Texto Completo; Data de publicação: 20060101-20161231 Restringir por SubjectAge: - alladult Restringir por Language: - english Modos de pesquisa – Booleano/Frase	414

FONTE: A Autora (2017).

Após a leitura dos títulos e resumos, foram incluídos 319 artigos para a leitura na íntegra, cujo acesso ocorreu por meio do Sistema de Biblioteca da Universidade Federal do Paraná e do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Para aumentar a confiabilidade do estudo, a seleção e a leitura dos artigos foram feitas por dois pesquisadores de modo autônomo.

Além dos artigos que faziam referência à adesão à terapêutica medicamentosa no seu título e resumo, foram incluídos aqueles que traziam referência à adesão ao tratamento ou a programas terapêuticos, bem como, à eficácia da medicação, haja

vista que no seu conteúdo poderia haver menções acerca da terapêutica medicamentosa.

O Quadro 4 mostra o quantitativo de inclusões, exclusões e estudos selecionados para a leitura na íntegra de acordo com cada base de dados.

QUADRO 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS EXCLUÍDOS E INCLUÍDOS APÓS A LEITURA DE TÍTULOS E RESUMOS DE ACORDO COM CADA BASE DE DADOS

BASE DE DADOS	EXCLUÍDOS	SELECIONADOS PARA A LEITURA NA ÍNTEGRA	TOTAL
LILACS	18	4	22
CINAHAL	303	111	414
PUBMED	657	204	861
TOTAL	978	319	1.297

FONTE: A Autora (2017).

Após a leitura na íntegra dos 319 estudos, foram excluídos mais 276, estando o motivo para a exclusão descrito no Quadro 5. É importante ressaltar que todos aqueles que foram excluídos não abordavam a temática esperada, portanto não respondiam à questão norteadora.

QUADRO 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS SEGUNDO AS CAUSAS DE EXCLUSÃO APÓS A LEITURA NA ÍNTEGRA DE ACORDO COM CADA BASE DE DADOS

(Continua)

CAUSAS DA EXCLUSÃO	LILACS	CINAHL	PUBMED	TOTAL
Repetidos em outra base de dados	--	--	33	319
Adesão ao tratamento sem citar a terapêutica medicamentosa	3	21	57	
Adesão à medicação para outros transtornos mentais	--	3	18	
Adesão a medicação para problemas clínicos	--	3	2	
Aliança terapêutica com o médico	--	1	--	
Abstinência	--	4	1	

QUADRO 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS SEGUNDO AS CAUSAS DE EXCLUSÃO APÓS A LEITURA NA ÍNTEGRA DE ACORDO COM CADA BASE DE DADOS

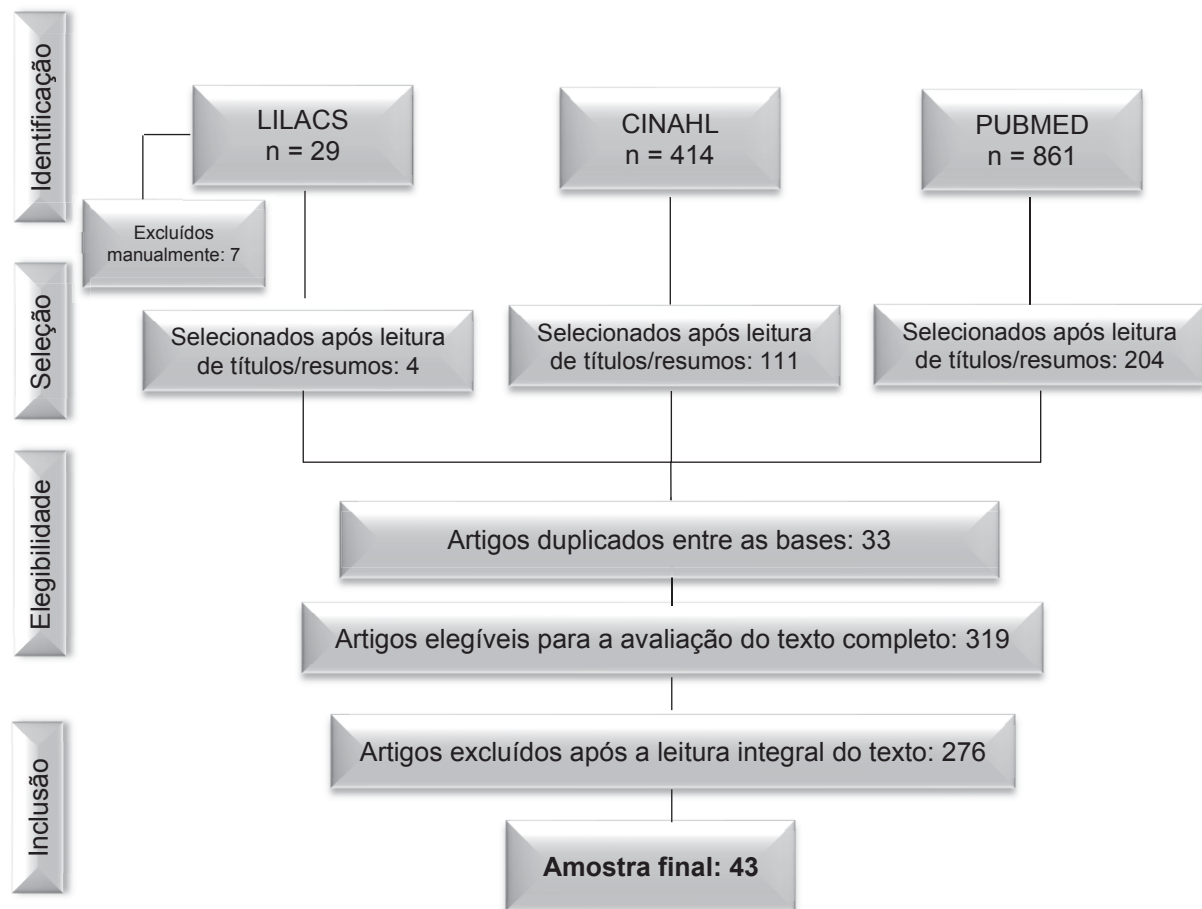
(Conclusão)

Eficácia da terapêutica medicamentosa	--	44	76	319
Redução de danos	--	1	--	
Mortalidade e uso de drogas injetáveis	--	1	--	
Adesão monitorada (prisão)	--	1	--	
Impacto da não adesão	--	1	--	
Desvio de medicação	--	1	--	
Risco do tratamento medicamentoso	--	--	1	
Medicação como parte do tratamento	--	1	--	
Fissura	--	1	--	
Usuários de SPA	--	1	--	
Estudo de caso	--	--	1	
TOTAL	3	84	189	

FONTE: A Autora (2017).

A amostra final desta revisão integrativa da literatura foi de 43 artigos. A Figura 1 ilustra o processo de busca dos artigos nos diferentes bancos de dados.

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DA SELEÇÃO DOS ARTIGOS DAS BASES DE DADOS



FONTE: A Autora (2017).

4.1.3 Definição das informações a serem coletadas

Após a busca e seleção dos artigos que contemplavam informações que contribuíam na resposta à questão norteadora deste estudo, iniciou-se a terceira fase da metodologia. Nesta fase, é necessário extrair os dados dos artigos selecionados, devendo, para tal, ser utilizado um instrumento estruturado composto por variáveis que definem os participantes, metodologia, tamanho da amostra, mensuração das variáveis, método de análise e conceitos embasadores empregados. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Nessa revisão, foi utilizado um instrumento de coleta de dados dos artigos publicados nas bases de dados elaborado por Pompeo (2007), (ANEXO 1), que contempla os seguintes itens:

- 1) Identificação composta por título da publicação, título do periódico, base de dados indexada, autores, país, idioma, ano de publicação, instituição sede do estudo e tipo de publicação;
- 2) Introdução e objetivos (dados do estudo e avaliação crítica);
- 3) Características metodológicas (análise do delineamento do estudo, amostra, técnica para coleta de dados e análise de dados);
- 4) Resultados (descrição e análise crítica dos resultados);
- 5) Conclusões (descrição e análise crítica dos dados de evidência).

Este instrumento foi autorizado previamente pela autora original, (ANEXO 2), entretanto, foi modificada a variável ‘Nível de evidência’ do instrumento (APÊNDICE A), o que inicialmente foi baseado em Stetler et al. (1998), o qual é composto por seis níveis de evidência. Nesse estudo, optou-se por Melnyk e Fineout-Overholt (2011), que tem sete níveis de evidência, conforme descrito no Quadro 6. Destacam-se os critérios 1,5 e 7, que não foram incluídos, pois fazem parte dos critérios de exclusão deste estudo.

QUADRO 6 – CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE EVIDÊNCIA DOS ESTUDOS

NÍVEL DE EVIDÊNCIA		FONTES DE EVIDÊNCIA
Nível 1	Forte	Revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados
Nível 2		Ensaio clínico randomizado bem delimitado
Nível 3	Moderada	Ensaio clínico controlado sem randomização
Nível 4		Estudo de caso-controle e de coorte
Nível 5	Fraca	Revisões sistemáticas descritivas e qualitativas
Nível 6		Estudos descritivos ou qualitativos
Nível 7		Parecer de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas

FONTE: Melnyk e Fineout-Overholt (2011).

Ao avaliar o nível de evidência dos estudos científicos, intenta-se identificar, pela análise da sistematização dos passos feita durante a pesquisa, quão fidedignos são os resultados e as inferências feitas pelo(s) autor(es). Afinal, compreende-se que o cuidado de alta qualidade é reflexo direto de uma prática fundamentada em evidências científicas e em políticas atualizadas, somente, assim, sendo capaz de proporcionar melhores resultados de saúde, segurança e custo financeiro para o indivíduo e a nação. (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

4.1.4 Análise dos dados extraídos dos estudos incluídos

A quarta fase é composta pela análise dos dados, nesse momento, para que seja garantida a validade da revisão, a análise deve ser feita de modo crítico e detalhado. Trata-se de uma etapa complexa que exige tempo e conhecimento do pesquisador. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para a conclusão desta tarefa, recomenda-se que sejam utilizados métodos de análise estatística ou listagem de fatores que mostrem efeito na variável em questão ao longo dos estudos ou a escolha ou exclusão de estudos frente ao delineamento de pesquisa. (GANONG, 1987).

Questões, como qual é a questão da pesquisa?, qual é a base para a questão da pesquisa?, porque a questão é importante?, como eram as questões de pesquisas já feitas?, a metodologia do estudo está adequada?, os participantes selecionados para o estudo estão corretos?, o que a questão da pesquisa responde?, a resposta está correta? e quais pesquisas futuras serão necessárias?, são importantes para manter a integridade científica da revisão integrativa da literatura.

Após a leitura exaustiva dos artigos encontrados nas bases de dados e a extração dos principais dados por meio do instrumento estruturado na terceira etapa dessa metodologia, foi elaborado pela autora um quadro detalhado com informações de cada artigo, possibilitando a caracterização dos artigos bem como dos fatores relacionados à adesão ou à não adesão à terapêutica medicamentosa. Segundo Pompeo, Rossi e Galvão (2009), a elaboração desses quadros proporciona uma síntese que permite a realização de um exame periódico dos resultados e conclusões evidenciados em cada estudo.

4.1.5 Interpretação dos resultados da Revisão Integrativa da Literatura

Nesta etapa, foi feita a interpretação dos resultados, comparando-os e confrontando-os com a literatura, o que resultou numa síntese que foi publicada por meio de um artigo em periódico científico. (CAPISTRANO et al., 2019).

Nesta fase, é possível identificar possíveis lacunas do conhecimento e delimitar futuros estudos de modo a dar subsídio para a melhoria da assistência à saúde a pessoas com transtornos relacionados a substâncias, que estão submetidas a uma terapêutica medicamentosa. (GANONG, 1987; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.1.6 Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

E, por fim, na última etapa, que corresponde ao item 6.1 deste estudo, são apresentados os resultados obtidos e a descrição detalhada das etapas percorridas, pois, para que a Revisão seja considerada eficaz e confiável, devem ser descritos e esclarecidos de forma clara todos os procedimentos realizados. (GANONG, 1987).

4.2 ESTUDO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal. Estudos observacionais se referem à posição passiva do entrevistador, da maneira mais metódica e acurada possível, com o mínimo de interferência nos objetos concretos estudados. (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013). Na linguagem científica, o termo observação se refere ao processo de identificação, seleção, coleção e registro sistemático de signos referentes a propriedades ou atributos relevantes de objetos culturais, naturais ou sociais. E para que possa ser generalizada (inferência), é necessário que a observação seja submetida a um complexo processo de transformações em outras categorias cognitivas hierarquicamente superiores. (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

A primeira transformação se refere à transferência da observação para o dado ou signo, que, por sua vez, por um processo analítico de organização, indexação, classificação, condensação e interpretação, passa pela transformação para resultar em informação. Na informação, buscam-se indicativo de universalidade e potencial de generalização com foco no processo de produção de conhecimento científico. (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

Os estudos observacionais permitem uma análise de dados em um período mais curto de tempo, podendo ser mais eficaz quando se considera a elaboração de políticas públicas, principalmente em países em desenvolvimento, caso do Brasil, em que agravos de saúde então intimamente relacionados a uma renda populacional baixa e média. (MALTA et al., 2010).

Quanto aos desenhos transversais ou de prevalência, eles fornecem uma descrição instantânea na experiência do agravo de saúde e doença que geralmente é dinâmica e evolutiva no tempo. Esse tipo de estudo aborda populações bem definidas com abordagem empírica, em que a população é selecionada para obtenção de dados de cada indivíduo, com o intuito de estimar a dimensão magnitude, ou a extensão de uma ou mais enfermidades, estado ou situação da relação dicotômica entre a saúde e a doença. (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013; BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2013).

Por meio dos estudos transversais, é possível testar relações casuais entre uma variável considerada preditora, de exposição e variáveis de desfecho. (ALMEIDA

FILHO; BARRETO, 2013). Segundo Rouquayrol e Gurgel (2013), estudos transversais são úteis para mensurar o fenômeno em um único momento de tempo, para descrever variáveis e seus padrões de distribuições, constituindo um único desenho, o qual possibilita identificar a prevalência de um determinado fenômeno. Assim, por meio de estudos transversais, é possível verificar em uma amostra as possíveis relações entre a variável que representa o desfecho e as variáveis que supostamente estão associadas a ele.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi utilizada como recurso norteador a iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), estratégia utilizada para relatar pesquisas que possui um modelo contendo 22 itens, assegurando que todas as informações necessárias para apresentação e divulgação de um estudo estejam presentes, garantindo que as informações sejam apresentadas de forma transparente e adequada, facilitando, assim, a leitura crítica, neste caso, da tese. (MALTA et al., 2010).

4.2.1 Local do estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida nos três Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas III de Curitiba – Paraná (CAPS AD III). Até o momento da coleta de dados desta tese, Curitiba possuía ao todo cinco CAPS AD, sendo dois na modalidade II e três na modalidade III.

O CAPS AD é um serviço de saúde mental, aberto e comunitário, destinado a atender pessoas com transtornos relacionados a substâncias, na área de abrangência, buscando estimular a integração com a família e com a sociedade. (BRASIL, 2015b).

Este serviço é um dos pontos de atenção da RAPS na atenção psicossocial especializada, que visa à promoção e à inserção social dos indivíduos, envolvendo educação, trabalho, esporte, cultura e lazer. Tem a responsabilidade de articular a rede de saúde mental do município, oferecendo suporte e supervisão à atenção básica. (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015b).

É constituído por uma equipe multiprofissional, que deve atuar sob a ótica da interdisciplinaridade e oferecer atividades prioritariamente em espaços coletivos por

meio de grupos, assembleias de usuários e reuniões de equipe, de forma articulada com outros pontos da atenção da rede de saúde e das demais redes. (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015b).

O cuidado deve ser desenvolvido pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS), ferramenta única de cuidado, que deve ser constituída de forma coletiva entre o indivíduo e a equipe multiprofissional, exclusivamente para o usuário e os demais envolvidos. Devem ser considerados o histórico, as vivências e o nível de contratualidade a fim de construir um plano de cuidado. (BRASIL, 2015a). A Política Nacional de Saúde Mental, pela Portaria 3.088 de 23, de dezembro de 2011, considera o PTS o eixo central para a lógica de cuidado de pessoas com transtornos relacionados a substâncias. (BRASIL, 2011).

Em relação a diferentes modalidades, o que difere o CAPS AD II do CAPS AD III além do número mínimo populacional de 150 mil habitantes de um município, é que este último possui leitos para observação e monitoramento de pessoas que necessitem de cuidados clínicos contínuos, funcionando 24 horas por dia, incluindo finais de semanas e feriados.

Atualmente no Brasil existem 316 CAPS AD e 90 CAPS AD III. A região sul conta com um total de 68 CAPS AD, sendo 24 na modalidade III. Especificamente em relação ao estado do Paraná, no ano de 2016, havia 24 CAPS AD e cinco AD III, e apesar de ter uma distribuição para cada 100 mil habitantes maior que a média nacional (0,89), ainda necessita de muitos incentivos políticos e financeiros para sua expansão. (BRASIL, 2015c).

4.2.2 Amostra do estudo

Os participantes que compõe a amostra do estudo foram pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos CAPS AD III de Curitiba – Paraná. A distribuição do número de pessoas em tratamento por unidade está ilustrada no Quadro 8.

QUADRO 7 – TOTAL DE PESSOAS EM ATENDIMENTO EM CADA CAPS AD III DE CURITIBA – PR.

CAPS AD	MODALIDADES	NÚMERO DE PESSOAS EM TRATAMENTO
CAPS A	CAPS AD III	229
CAPS B		371
CAPS C		413
TOTAL DE PESSOAS EM TRATAMENTO:		1.013

FONTE: Dados fornecidos pela coordenação de cada CAPS ad III de Curitiba, (2017).

A amostragem estabelecida foi a não probabilística, na qual foram selecionados aqueles indivíduos que estavam disponíveis nos locais de coleta. Esse tipo de amostragem se justifica principalmente em decorrência do PTS dos participantes, uma vez que não prevê que indivíduo esteja todos os dias no serviço. Além disso, a escolha por esse tipo de amostragem foi sustentada pela característica comum dos transtornos relacionados a substâncias como o pensamento ambivalente em relação ao tratamento, compulsão e conseqüentemente a constantes recaídas, fato que contribui com os elevados índices de ausências.

Como critérios de inclusão na pesquisa, se estabeleceu todos os participantes com idade maior de 18 anos em tratamento que tivesse um Plano Terapêutico Singular com prescrição medicamentosa há pelo menos um mês.

Foram excluídos aqueles que apresentavam comprometimento cognitivo, informado pela equipe de saúde ou registrado em prontuário, que se encontravam intoxicados pelo uso da substância psicoativa ou aqueles que possuíam prescrição medicamentosa somente no momento da internação.

4.2.3 Capacitação dos entrevistadores

Para a viabilidade da coleta de dados, foi realizado no mês janeiro de 2018 uma capacitação com carga horária de 25 horas para todos os membros da equipe de coleta a fim de apresentar o projeto, discutir e aprender acerca do preenchimento dos

instrumentos, logística do trabalho de campo, a abordagem ao participante, bem como as especificidades dos transtornos relacionados a substâncias.

A capacitação foi conduzida por duas doutorandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (PPGENF/UFPR), membros da equipe do Projeto Maior: uma mestrande PPGENF/UFPR, dois enfermeiros e duas alunas de iniciação científica do curso de Enfermagem da UFPR.

Para auxílio aos entrevistadores, foi elaborado um manual (APÊNDICE C) contendo informações pertinentes ao modo de preenchimento de cada um dos três instrumentos para que estivessem compreensivos no momento da coleta de dados. Para o instrumento do ASI-6 foi utilizado na capacitação o instrumento elaborado pelos autores originais. (KESSLER et al., 2012). Posteriormente foram realizadas simulações da aplicação entre os membros da equipe.

4.2.4 Teste piloto

O teste piloto foi realizado em janeiro de 2018 com 15 pessoas em tratamento em um serviço análogo ao dos locais de coleta de dados pertencente à região metropolitana de Curitiba. Este recurso foi utilizado para validar o instrumento de pesquisa, minimizar possíveis falhas, pontos fracos e problemas em potencial, buscando o aprimoramento em relação ao seu conteúdo e aos procedimentos de coleta. (ALMEIDA FILHO, BARRETO, 2013).

As pessoas entrevistadas no período do teste piloto foram interrogadas sobre possíveis dificuldades encontradas durante o desenvolvimento da entrevista, considerando o entendimento e a clareza das questões bem como o comportamento dos entrevistadores durante a entrevista.

Após o término, as pesquisadoras responsáveis e os entrevistadores se reuniram para discutir as potencialidades da pesquisa, bem como, as fragilidades encontradas e considerar as mudanças necessárias. Como fragilidades foi identificada a extensa durabilidade da entrevista, permitindo presumir o número de pacientes a ser entrevistado em relação ao tempo disponível para a coleta e a necessidade de elaboração de uma escala de *likert* em letras maiores para uma melhor visualização pelo entrevistado.

4.2.5 Coleta de dados

O período da coleta de dados foi de abril a novembro de 2018, sendo dois meses em cada serviço, em locais reservados, disponibilizados pela coordenação de cada CAPS AD III, pactuados com a Coordenadoria de Saúde Mental do município de Curitiba.

Inicialmente, os participantes foram informados sobre a pesquisa no transcorrer da assembleia que ocorre semanalmente nos serviços. Assembleias são reuniões em grupo que acontecem com o intuito de fortalecer o protagonismo do indivíduo em tratamento no CAPS AD e seus familiares, inserindo-os nos processos de gestão do serviço. Trata-se de uma estratégia importante para a efetiva configuração do CAPS como um local de convivência. (BRASIL, 2015d).

Posteriormente os indivíduos foram abordados e convidados a participar da entrevista quando não estavam inseridos em nenhum atendimento (consulta, grupo terapêutico, entre outros). Sendo assim os dados foram obtidos por entrevista estruturada individual pelos entrevistadores de campo. Vale ressaltar que todos os entrevistadores foram supervisionados diariamente pelas pesquisadoras responsáveis. Os dados oriundos dos prontuários dos participantes da pesquisa foram coletados somente pelas doutorandas do PPGENF/UFPR.

As entrevistas foram realizadas diariamente, exceto sábados, domingos e feriados, das 08h00 às 12:00hs e das 13h00 às 17:00hs garantindo que todos os períodos fossem contemplados por pesquisadores com o tempo médio de duração de 1:00 h cada. Destaca-se que devido à dificuldade de espaço físico disponível para a realização da coleta de dados, foi possível somente um pesquisador por período.

Do total de 1.013 pessoas inseridas no tratamento durante o período de coleta, foram realizadas 89 entrevistas, distribuídas em 28 no CAPS AD III (A), 30 no CAPS AD III (B) e 31 no CAPS AD III (C).

No CAPS AD III (A) foram abordados 57 indivíduos, no entanto, 21 foram excluídos, e seis se recusaram a participar da pesquisa. Dos que foram excluídos, 15 não possuíam medicação prescrita no seu PTS e dois não tinham medicação prescrita por pelo menos 30 dias. Os outros quatro foram excluídos da amostra por não apresentaram condições cognitivas de acordo com avaliação da equipe multiprofissional.

Quanto ao CAPS AD III (B), foram abordados 68 indivíduos, desses, 16 não tinham medicação prescrita no PTS e um havia iniciado a terapêutica medicamentosa no dia da entrevista, 15 se recusaram a participar e quatro foram excluídos por não apresentar condições cognitivas. Ainda nesse mesmo CAPS AD III, duas entrevistas ficaram incompletas porque o participante desistiu de continuar.

No CAPS AD III VER, foram abordadas 52 pessoas, dessas, 17 foram excluídas, sendo que 16 não possuíam prescrição medicamentosa no PTS e uma não apresentava condições cognitivas para realizar a entrevista, houve três recusas e uma entrevista incompleta pelo mesmo motivo apresentado no CAPS AD III (B).

Quanto às recusas, foi concedido um tempo considerado necessário para que o indivíduo refletisse sobre a decisão de participar ou não da pesquisa e, posteriormente feito novo convite por, no máximo, mais duas vezes, em dias diferentes e, ainda assim quando persistiu a recusa, o indivíduo foi excluído da amostra.

4.2.6 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta dos dados, foram utilizados cinco instrumentos estruturados que de acordo com Almeida Filho e Barreto (2012), trata-se de um sistema de codificação fixa predeterminada. Esses instrumentos são: 1) Instrumento próprio, (APÊNDICE D); 2) *Addiction Severity Index* (ASI), (ANEXO 3); 3) Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), (ANEXO 4); 4) Instrumento – Nível de conhecimento, (ANEXO 5) e o 5) *Medication Regimen Complexity Index* (MRCI), (ANEXO 6).

4.2.6.1 Instrumento próprio

O primeiro instrumento foi elaborado pela autora desta Tese com base nos estudos selecionados para a Revisão Integrativa da Literatura, descrita no item quatro. Este instrumento é composto por 21 questões relacionadas à caracterização farmacoterapêutica e familiar do indivíduo em tratamento e para obtenção das

informações relacionadas às questões: 1) Se há medicações prescritas; 2) Nome de medicações prescritas; 3) Número de medicações administradas por dia; 4) Se há comorbidades mentais; e 5) Quais as comorbidades mentais. Para algumas responder algumas questões deste instrumento, foi realizado a consulta ao prontuário do participante.

4.2.6.2 Instrumento – *Addiction Severity Index* (ASI-6)

Outro instrumento utilizado foi o *Addiction Severity Index* em sua sexta versão (ASI-6), que visa a avaliar informações acerca de vários aspectos da vida de pessoas com transtornos relacionados a substâncias, determinando o nível de gravidade em uma abordagem multidimensional para ser estimada a realidade mais próxima do indivíduo. (KESSLER et al., 2012).

Este instrumento foi criado no ano de 1979 por Thomas McLellan e colaboradores do *Center Studies do Addiction* na Philadelphia, Estados Unidos da América. Inicialmente, foi instituído com o propósito de capacitar uma equipe de pesquisadores para avaliar a evolução do tratamento em um estudo de abuso de substâncias. (KESSLER et al., 2012).

Atualmente está em sua sexta versão, a qual foi validada no Brasil no ano 2011, por um estudo multicêntrico com 740 indivíduos sob responsabilidade de Felix Henrique Paim Kessler, em sua tese de doutoramento, que concedeu autorização para utilizar na presente pesquisa (ANEXO 7), e gerenciada pelo Centro de Pesquisas em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CPAD), obtendo uma consistência interna que variou de 0,64 e 0,93 (alfa de *Cronbach*). (KESSLER et al., 2012).

Trata-se de um instrumento completo amplamente aceito por pesquisadores, com questões objetivas e subjetivas, ponderando a gravidade em sete subáreas distintas, entre elas a médica, ocupacional, sociofamiliar, legal, psiquiátrica, uso de álcool e outras drogas. Em cada uma dessas áreas, os sintomas ou problemas são avaliados durante a vida do indivíduo, durante os seis meses anteriores e durante os 30 dias que antecederam a avaliação. (KESSLER et al., 2012).

No que se refere a pontuações, o ASI-6 fornece um perfil da gravidade dos problemas que o indivíduo enfrenta em decorrência dos transtornos relacionados a substâncias em cada área específica da vida, sendo um para cada subárea, exceto para a família, que tem três escores diferentes: família/criança, família/apoio social e família/problemas sociais. Tais pontuações representam T-scores padronizados com a média de 50 que podem variar de 0 a 100 pontos. Índices mais altos representam maior gravidade do problema. (KESSLER et al., 2012).

4.2.6.3 Instrumento – Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

Para mensurar a adesão ao tratamento medicamentoso utilizou-se o MAT, instrumento que avalia o comportamento do indivíduo em relação à adesão à terapêutica medicamentosa. Este instrumento foi desenvolvido e validado por Delgado e Lima (2001) em Lisboa, Portugal, em um estudo com 167 pessoas portadoras de doenças crônicas, resultando em uma consistência interna de 0,74 (alfa de *Cronbach*) (ANEXO 8).

A utilização e a aplicação do MAT para a pesquisa foram autorizadas pelos autores originais (ANEXO 9). No Brasil, foi adaptado e validado em outras pesquisas. Estudo de Carvalho et al. (2010), com 178 pessoas com necessidade de uso de anticoagulante oral atendidas em um ambulatório de Hospital de Ensino do Estado de São Paulo, o MAT, obteve uma consistência interna de 0,60. Já no estudo de Gomes-Villas Boas, Lima e Pace (2014), com 90 pessoas com diabetes Mellitus do tipo II, que faziam o uso de insulina e de antidiabéticos orais, a consistência interna deste instrumento resultou em um alfa de *Cronbach* de 0,86 para a insulina e 0,84 para os antidiabéticos orais. Para transtornos mentais, o MAT foi adaptado e validado por Borba et al. (2018^a), com uma consistência interna de 0,74.

O MAT tem sete itens cuja resposta advém de uma escala de *Likert* com as seguintes pontuações: sempre (1), quase sempre (2), com frequência (3), às vezes (4), raramente (5) e nunca (6). O nível de adesão é indicado somando os valores de cada item, que variam de um a sete, posteriormente, dividindo-os pelo número de itens existentes, nesse caso, sete itens. (DELGADO; LIMA, 2001).

Os valores mais elevados representam maior adesão, são considerados como não aderentes aqueles que obtiveram média aritmética com valores de 1 a 4 e aderentes aqueles que tiverem média entre 5 e 6. (DELGADO; LIMA, 2001).

4.2.6.4 Instrumento – Nível de conhecimento

O instrumento que foi aplicado para avaliar o nível de conhecimento da prescrição e a utilização segura do fármaco pelo indivíduo foi elaborado pelos pesquisadores brasileiros Fröhlich, Dal Pizzol e Mengue no ano de 2010 e pondera 12 itens conforme a importância para a utilização segura. Os itens a que se referem a identificação e a administração do medicamento recebem pontuação maior, ou seja, a resposta correta em relação ao nome, a forma e a frequência da administração recebem dois pontos. Já a indicação terapêutica, a duração do tratamento, efeito adverso, interação medicamentosa e o que fazer em caso de esquecimento de tomar uma ou mais doses recebem um ponto cada. (FRÖHLICH; DAL PIZZOL; MENGUE, 2010).

O nível de utilização segura da prescrição de medicamentos é dado pela equação $[q1+q3+q4+q6(2x)] + [q2+q5+q7+q8+q9]$. Aquele que obtiver pontuação menor que oito é considerado 'Nível insuficiente', o participante não apresenta condições de utilizar o medicamento de forma segura. (FRÖHLICH; DAL PIZZOL; MENGUE, 2010). Resultado entre oito e dez pontos é considerado 'Nível regular', entendendo que o participante apresenta condições de utilizar o medicamento de forma segura quando não houver intercorrência. Por fim, o participante que atingir 11 ou mais pontos é considerado de 'Nível bom' e pode utilizar a medicação de forma segura em qualquer circunstância. Com relação ao nível de conhecimento, escores menor que oito é considerado baixo conhecimento e de oito a 13, bom conhecimento. (FRÖHLICH; DAL PIZZOL; MENGUE, 2010).

Para a análise desse instrumento, foram utilizados dados do prontuário do participante para complementação dos dados e confronto de informações, além de consulta ao bulário eletrônico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (FRÖHLICH; DAL PIZZOL; MENGUE, 2010).

4.2.6.5 *Medication Regimen Complexity Index (MRCI).*

O último instrumento utilizado não foi aplicado aos participantes, isso porque foi utilizado somente para a análise da complexidade do regime terapêutico, neste caso os dados também foram confrontados com informações do prontuário. O MRCI, é um instrumento específico criado por George e colaboradores traduzido e validado no Brasil por Ana Carolina Melchiors, Cassyano Januário Correr e Fernando Fernández-Llimos e possui três sessões. (MELCHIORS; CORRER; FERNANDÉZ-LLIMOS, 2007).

A primeira refere-se a informações sobre formas e dosagens, a segunda sobre frequências de doses e a última é sobre informações adicionais como horários específicos, uso associado com alimentação entre outros. Cada seção é pontuada e o índice de complexidade é obtida a partir da soma dos pontos das três sessões. (MELCHIORS; CORRER; FERNANDÉZ-LLIMOS, 2007). Até sete pontos considera-se a complexidade baixa e acima de sete pontos a complexidade é alta. (FRÖHLICH; DAL PIZZOL; MENGUE, 2010).

4.2.7 Variáveis do estudo

As variáveis são classificadas pela determinação de uma característica de uma população, definem a maneira pela qual os elementos de qualquer conjunto são diferentes entre si, podendo ser qualitativas (categóricas) ou quantitativas (numéricas). (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013; BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2013).

As variáveis qualitativas implicam diferenças radicais ou essenciais e representam uma classificação do indivíduo e estas diferenças podem ser nominais ou ordinais, sendo a diferença básica entre as duas formas distintas a ordenação. (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013; BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2013).

Quanto às variáveis quantitativas, por sua vez, podem ser medidas em uma escala com valores numéricos, podendo ser contínuas ou discretas. As contínuas, que

assumem valores dos quais os fracionais fazem sentido, em geral, devem ser medidas por um instrumento. (ALMEIDA FILHO, BARRETO, 2013; BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2013).

Já as variáveis quantitativas discretas têm características mensuráveis, que podem conter um número finito ou infinito, desde que sejam valores inteiros, indicando seus possíveis valores a quantidade de algo pertencente a um intervalo no conjunto numérico. (ALMEIDA FILHO, BARRETO, 2013; BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2013).

Para o desenvolvimento desta tese, serão utilizadas variáveis tanto quantitativas quanto qualitativas, distribuídas entre as variáveis independentes, listadas a seguir e a variável dependente (desfecho), que, neste caso, é a não adesão à terapêutica medicamentosa.

4.2.7.1 Variáveis demográficas e socioeconômica¹

1. **Sexo:** Sexo que o participante se considera, podendo ser masculino ou feminino.
2. **Idade:** Idade do participante contabilizada em anos.
3. **Raça:** Cor que o participante se considera, podendo ser: negra/parda, branca, amarela/oriental, parda/mestiça, indígena ou outros.
4. **Estado conjugal:** Situação conjugal do participante podendo ser: casado, vivendo como casado, viúvo, divorciado, separado ou nunca casou.
5. **Situação empregatória:** Situação de emprego atual podendo ser: trabalhando em turno integral (+35 horas de trabalho), meio turno (<35 horas de trabalho), desempregado (mas está ativamente procurando por trabalho), fora do

¹Variáveis retiradas do ASI-6.

mercado de trabalho (não trabalha e não procura ativamente por trabalho) e bicos (trabalho irregular sem horários fixos).

6. **Situação atual para quem está fora do mercado:** Situação atual que justifique o motivo para o participante estar fora do mercado de trabalho ou fazendo bicos, podendo ser: dona de casa/do lar, estudante, incapaz, aposentado, não procura por trabalho, procura por trabalho, institucionalizado ou outros.
7. **Renda bruta:** Renda bruta que o participante recebeu durante últimos seis meses.
8. **Fonte de sustento financeiro:** Fontes atuais de sustento direcionado para moradia, alimentação e outras despesas da vida, podendo ser: emprego, aposentadoria, invalidez/incapacidade, seguro desemprego, assistência pública ou governamental, sustento ou pensão alimentícia para a criança, família amigos ou sócios, dinheiro ilegal, institucionalizado ou vivendo em supervisão, outros, bicos ou nenhum.
9. **Quantidade de dependentes:** Número de pessoas que dependem da renda bruta.
10. **Renda suficiente para necessidades básicas:** Se o participante considera sua renda suficiente para pagar as necessidades de moradia, alimentação, vestuário, entre outros, podendo ser: sim ou não.
11. **Gravidade na área ocupacional:** Escore da gravidade da área ocupacional.

4.2.7.2 Variáveis clínicas²

12. **Comorbidades clínicas:** Se o participante possui problemas ou doenças crônicas, podendo ser: sim ou não.
13. **Especificação da comorbidade clínica:** Nome do problema ou da doença crônica que o participante possui podendo ser: hipertensão, diabetes, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, câncer, *human immunodeficiency 66etro* (HIV), tuberculose, hepatite, cirrose hepática ou doença crônica hepática, problemas respiratórios crônicos, doença renal crônica ou outros problemas crônicos.
14. **Prescrição medicamentosa para comorbidades clínicas:** Se o participante possui prescrição médica de medicamentos para as comorbidades clínicas, podendo ser: não, sim e ainda está tomando os medicamentos como prescrito, sim, deveria estar tomando, mas não está (ou toma apenas alguns), sim, mas o médico relatou não ser mais importante tomar.
15. **Condição de saúde física:** Condição de saúde física em que o participante se encontra nos últimos 30 dias, podendo ser: excelente, muito boa, boa, razoável ou ruim.
16. **Desconforto ou dor física:** Como o participante identifica sua condição física. Podendo ser: nada, levemente, moderadamente, consideravelmente, extremamente.
17. **Importância do tratamento para comorbidades clínicas:** Importância que o participante tem em relação a necessidade de tratamento para o problema clínico/físico. Podendo ser: nada, levemente, moderadamente, consideravelmente, extremamente.

²Variáveis retiradas do ASI-6.

18. **Incômodo com estado de saúde física:** Nível de incomodação com o estado de saúde física ou com problemas clínicos. Podendo ser: nada, levemente, moderadamente, consideravelmente, extremamente.
19. **Sintomas ou problemas físicos/clínicos:** Número de dias que o participante teve sintomas ou problemas clínicos/físicos nos últimos 30 dias.
20. **Gravidade na área clínica/saúde física:** Escore da gravidade da área clínica/saúde física.

4.2.7.3 Variáveis psicológicas e psiquiátricas³

21. **Comorbidades mental:** Se o indivíduo possui comorbidades mental, podendo ser sim ou não.
22. **Especificação da comorbidade mental:** Transtornos mentais que o participante refere ter além dos transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: transtornos depressivos, transtorno afetivo bipolar, transtornos ansiosos, transtorno de personalidade *borderline* ou outros.
23. **Dias de problemas psiquiátricos:** Número de dias que o participante teve problemas psiquiátricos ou psicológicos nos últimos 30 dias ou nos últimos seis meses.
24. **Dias de incapacidade por problemas psiquiátricos/psicológicos:** Número de dias que o participante esteve incapaz de exercer as suas atividades normais nos últimos 30 dias.
25. **Número de internações psiquiátricas:** Número de vezes em que o participante foi internado em decorrência dos problemas psiquiátricos ou psicológicos na vida, exceto para álcool e outras drogas.

³Variáveis retiradas do ASI-6 e do instrumento próprio.

26. **Idade de início de acompanhamento psiquiátrico/psicológico:** Idade que o participante recebeu o diagnóstico ou avaliação do problema psiquiátrico ou psicológico.
27. **Prescrição de medicamentos para problemas psiquiátricos ou psicológicos:** Se o participante recebeu alguma vez na vida prescrição médica de medicamentos ou tratamento de problemas psiquiátricos ou psicológicos, podendo ser: sim ou não.
28. **Incômodo com problemas psiquiátricos e psicológicos:** O quão incomodado o participante está em relação aos seus problemas psiquiátricos ou psicológicos, podendo ser: nada, levemente, moderadamente, consideravelmente ou extremamente.
29. **Importância do tratamento para problemas psiquiátricos e psicológicos:** O quão é importante para o participante o tratamento para problemas psiquiátricos ou psicológicos, podendo ser: nada, levemente, moderadamente, consideravelmente ou extremamente.
30. **Dificuldade de dormir:** Se o participante já teve dificuldades para dormir, podendo ser: sim ou não, mas somente sob o efeito da droga ou em abstinência.
31. **Sintomas de humor deprimido:** Se o participante já sentiu nos últimos 30 dias sintomas deprimidos na maior parte do dia por pelo menos duas semanas seguidas, podendo ser: sim ou não, mas somente sob o efeito da droga ou em abstinência.
32. **Sintomas ansiosos:** Se o participante já sentiu nos últimos 30 dias sintomas ansiosos na maior parte do dia por pelo menos duas semanas seguidas, podendo ser: sim ou não, mas somente sob o efeito da droga ou em abstinência.

- 33. **Alteração sensoperceptiva:** Se o participante teve algum tipo de alucinação, nos últimos 30 dias, podendo ser: sim ou não, mas somente sob o efeito da droga ou em abstinência.
- 34. **Ideação suicida:** Se o participante já pensou em se suicidar, podendo ser: sim ou não, mas somente sob o efeito da droga ou em abstinência.
- 35. **Tentativa de suicídio:** Se o participante já tentou suicídio alguma vez na vida, podendo ser: sim ou não, mas somente sob o efeito da droga ou em abstinência.
- 36. **Dificuldade cognitiva/concentração/memória:** Dificuldade em pensar, concentrar-se, compreender ou lembrar-se de algo ao ponto de causar problemas apresentada pelo participante nos últimos 30 dias, podendo ser: sim ou não, mas somente sob o efeito da droga ou em abstinência.
- 37. **Impulsividade/agressividade:** Dificuldade apresentada pelo participante em controlar seu temperamento ou seus impulsos em bater ou ferir alguém, podendo ser: sim ou não, mas somente sob o efeito da droga ou em abstinência.
- 38. **Histórico familiar de transtorno mental:** Se o indivíduo possui algum familiar com histórico de transtorno mental.
- 39. **Gravidade nos problemas na área psiquiátrica:** Escore da gravidade da área psiquiátrica.

4.2.7.4 Variáveis farmacoterapêuticas⁴

- 40. **Medicações prescritas:** O nome das medicações prescritas para o tratamento dos transtornos relacionados a substâncias.

⁴Variáveis retirada do Instrumento próprio.

41. **Número diário de medicações prescritas:** A quantidade de medicações diárias prescritas para o tratamento dos transtornos relacionados a substâncias.
42. **Forma para conseguir medicamento:** Maneiras que o participante tem para conseguir as medicações para os transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: CAPS, unidade básica de saúde, farmácia pública, recurso próprio, ou outra maneira.
43. **Dificuldades para conseguir a medicação:** Se o participante já apresentou alguma dificuldade em conseguir a medicação para os transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: sim ou não.
44. **Qual dificuldade para conseguir a medicação:** Dificuldade apresentada pelo participante para conseguir a medicação para os transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: esquecimento, falta de dinheiro para comprar, sentir algo desagradável, deixou terminar a medicação sem providenciar a reposição, não percebe a necessidade em tomar sempre a medicação prescrita, falta de vontade ou outros motivos.
45. **Sente-se motivado:** Se o participante se sente motivado para o tratamento medicamentoso, podendo ser: sim ou não.
46. **Mudança agradável no estado geral:** Se o participante sente alguma mudança agradável em seu estado geral ao fazer o uso regular da medicação para seus transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: sim ou não.
47. **Mudança desagradável no estado geral:** Se o participante sente alguma mudança desagradável em seu estado geral ao fazer o uso regular da medicação para seus transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: sim ou não.

48. **Cuida sozinho da administração da medicação:** Se o participante cuida sozinho das doses da medicação para os transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: sim ou não.
49. **Quem ajuda com a medicação:** Se o participante possui alguma pessoa que o ajuda na administração da medicação, podendo ser: familiar, profissionais do CAPS, vizinho, profissionais da UBS, cuidador, profissionais da fazenda de recuperação ou casa de apoio.
50. **Incentivo da família no tratamento medicamentoso:** Se a família do participante o incentiva no tratamento medicamentoso, podendo ser: sim ou não.

4.2.7.5 Variáveis do conhecimento sobre a terapêutica medicamentosa⁵

51. **Conhecimento sobre o nome do medicamento:** Se o participante sabe o nome do medicamento prescrito para seus transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: não sabe ou a resposta fornecida.
52. **Conhecimento sobre a indicação da medicação:** Se o participante sabe para que foi receitado o medicamento dos transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: não sabe ou a resposta fornecida.
53. **Conhecimento sobre a dose da medicação:** Se o participante sabe a dose que deve tomar da medicação para seus transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: não sabe ou a resposta fornecida.
54. **Conhecimento sobre o horário da medicação:** Se o participante sabe os horários que deve tomar a medicação para seus transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: não sabe ou a resposta fornecida.

⁵Variáveis retiradas do instrumento Nível de Conhecimento.

55. **Conhecimento sobre o tempo em que deve tomar a medicação:** Se o participante sabe o tempo que precisa tomar a medicação para seus transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: não sabe ou a resposta fornecida.
56. **Conhecimento sobre o modo de usar a medicação:** Se o participante sabe o modo que se deve utilizar a medicação para seus transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: não sabe ou a resposta fornecida ou indefinido.
57. **Conhecimento sobre o que fazer quando esquece de tomar a medicação:** Se o participante sabe o que se deve fazer ao esquecer de tomar uma ou mais doses da medicação para seus transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: não sabe ou a resposta fornecida.
58. **Conhecimento sobre produto contraindicado:** Se o participante sabe se algum alimento, bebida ou outro medicamento é contraindicado enquanto está fazendo o uso da medicação para seus transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: não, não sabe ou sim e a resposta fornecida.
59. **Conhecimento sobre reações desagradáveis:** Se o participante sabe se a medicação para seus transtornos relacionados a substâncias pode causar reações desagradáveis, podendo ser: não, não sabe ou sim e a resposta fornecida.
60. **Reações desagradáveis:** Se o participante já apresentou reações desagradáveis com o uso da medicação para seus transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: sim ou não.
61. **Necessita de mais informações sobre o medicamento:** Se o participante necessita de mais informações para fazer o uso da medicação para seus transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: sim ou não.

62. **Necessita de informações de como tomar os medicamentos:** Se o participante necessita de informações de como fazer o uso da medicação para seus transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: sim ou não.
63. **Necessita de informações sobre o tempo de uso do medicamento:** Se o participante necessita de informações sobre o tempo necessário de uso da medicação para seus transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: sim ou não.
64. **Necessita de informações sobre reações desagradáveis:** Se o participante necessita de informações sobre reações desagradáveis da medicação para seus transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: sim ou não.
65. **Necessita de informações sobre medicamento contraindicado:** Se o participante necessita de informações sobre outro medicamento que não possa tomar quando estiver fazendo o uso medicação para seus transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: sim ou não.
66. **Nível de conhecimento:** Escore do nível de conhecimento sobre a terapêutica medicamentosa para os transtornos relacionados a substâncias, podendo ser: baixo ou alto.
67. **Nível de Utilização Segura:** Escore do nível de utilização segura da medicação durante o tratamento, podendo ser: insuficiente, regular ou bom.
68. **Nível de complexidade⁶:** Escore do nível de complexidade da prescrição medicamentosa, podendo ser: baixa ou alta.

⁶ Variável retirada do instrumento *Medication Regimen Complexity Index*

4.2.7.6 Variáveis dos transtornos relacionados a substâncias⁷

69. **Histórico de tratamento para os transtornos relacionados a substâncias:** Número de vezes na vida que o participante foi internado em decorrência dos transtornos relacionados a substâncias.
70. **Diagnóstico médico:** Diagnóstico médico do participante.
71. **Participação em grupo de ajuda-mútua:** Se o participante participa de grupo de ajuda mútua, podendo ser: sim ou não.
72. **Tempo de uso de álcool:** Tempo em anos que o participante utilizou álcool.
73. **Frequência do consumo de álcool:** Frequência com que o participante mais bebeu nos últimos seis meses, podendo ser: nos últimos seis meses, uma a três vezes por semana, uma a duas vezes por semana, três a seis vezes por semana ou diariamente.
74. **Última vez que consumiu álcool:** Momento em que o participante bebeu pela última vez, podendo ser hoje, ontem ou se dois dias anteriores e assim por diante.
75. **Problemas em decorrência do beber:** Se o participante teve algum problema médico, psicológico, no emprego (escola), família ou com a lei em decorrência do beber, podendo ser: sim ou não.
76. **Sintomas de abstinência de álcool:** Sintomas de abstinência apresentado pelo participante no período de 30 dias, podendo ser: sim ou não.

⁷Variáveis retiradas do ASI-6 e do instrumento próprio.

77. **Dificuldade de controle do uso do álcool:** Se o participante apresentou dificuldade de controle do uso do álcool no período de 30 dias, podendo ser: sim ou não.
78. **Sintomas de fissura por álcool:** Se o participante experimentou sintomas em decorrência da dificuldade de diminuir, controlar, ou parar de beber ou passou grande parte do tempo do dia bebendo no período de 30 dias, podendo ser: sim ou não.
79. **Preocupação com os problemas com álcool:** Preocupação que o participante demonstra em relação a seus problemas com o álcool, podendo ser: nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.
80. **Importância da abstinência total do álcool:** Nível de importância que o participante tem em relação a alcançar a abstinência total do álcool, podendo ser: nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.
81. **Importância do tratamento para transtornos relacionados ao álcool:** Nível de importância que o participante tem em relação ao tratamento para o uso do álcool, podendo ser: nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.
82. **Gravidade na área de uso de álcool:** Escore da gravidade da área de uso de álcool.
83. **Idade de experimentação de maconha:** Idade de início do uso de maconha.
84. **Anos de uso de maconha:** Tempo em anos em que o participante utilizou maconha.
85. **Idade de experimentação de cocaína:** Idade de início do uso de cocaína.

86. **Anos de uso de cocaína:** Tempo em anos em que o participante utilizou cocaína.
87. **Problema primário:** Substância psicoativa que mais dificulta a busca pelo tratamento do participante.
88. **Problema Secundário:** Segunda substância psicoativa que mais dificulta a busca pelo tratamento do participante.
89. **Problema Terciário:** Terceira substância psicoativa que mais dificulta a busca pelo tratamento do participante.
90. **Substância que ocasiona mais dificuldade e dependência:** Substância psicoativa que mais dificulta a busca pelo tratamento do participante.
91. **Anos de uso de substâncias ilícitas:** Tempo em anos em que o participante utilizou substâncias ilícitas.
92. **Frequência do consumo de substâncias ilícitas:** Frequência do consumo de substâncias ilícitas nos últimos seis meses, podendo ser: sem uso, uma a três vezes por mês, uma a duas vezes por semana, três a seis vezes por semana ou diariamente.
93. **Frequência do consumo de substâncias ilícitas nos últimos 30 dias:** Frequência do consumo de substâncias ilícitas nos últimos 30 dias, podendo ser: sem uso, uma a três vezes por mês, uma a duas vezes por semana, três a seis vezes por semana ou diariamente.
94. **Última vez que consumiu substâncias ilícitas:** Quantidade de tempo em que o participante consumiu a substância ilícita.

95. **Sintomas de abstinência de substâncias ilícitas:** Se o participante teve sintomas de abstinência ao diminuir ou parar o consumo, podendo ser: sim ou não.
96. **Dificuldade de controlar o consumo de substâncias ilícitas:** Se o participante apresentou problemas em controlar o consumo da substância psicoativa, ou passou muito tempo do seu dia consumindo, recuperando-se, ou tentando obter a droga, podendo ser: sim ou não.
97. **Sintomas de fissura por substâncias ilícitas:** Se o participante tem sentido sintomas de fissura da substância psicoativa, podendo ser: sim ou não.
98. **Problemas em decorrência do uso de substâncias ilícitas:** Se o participante já apresentou problemas médico ou psicológico, no trabalho (escola), família ou com a lei em decorrência do uso de drogas, podendo ser: sim ou não.
99. **Preocupação com os problemas por substâncias ilícitas:** Nível de preocupação que o participante demonstra em relação aos problemas associados a substância ilícita, podendo ser: nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.
100. **Importância da abstinência total de substâncias ilícitas:** Nível de importância que o participante tem em relação a alcançar a abstinência total da substância ilícita, podendo ser: nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.
101. **Importância do tratamento para transtornos relacionados a substâncias ilícitas:** Nível de importância que o participante tem em relação ao tratamento da substância ilícita, podendo ser: nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.

102. **Abstinência da substância psicoativa:** Se o participante já ficou abstinente de álcool ou outras drogas ao menos um ano, podendo ser: sim ou não.
103. **Histórico de overdose não intencional:** Se o participante já teve histórico de overdose não intencional, podendo ser: sim ou não.
104. **Idade de experimentação de tabaco:** Idade em anos de início do uso do tabaco.
105. **Tempo de uso de tabaco:** Tempo em anos em que o participante fumou tabaco diariamente.
106. **Gravidade na área de uso de outras drogas:** Escore da gravidade da área de uso de outras drogas.

4.2.7.7 Variáveis relacionadas à aspectos legais⁸

107. **Histórico de prisão:** Se o participante já esteve em uma prisão ou detido em uma delegacia mesmo que por poucas horas, podendo ser: sim ou não.
108. **Idade de prisão:** Idade que o participante tinha quando foi preso ou detido pela primeira vez.
109. **A admissão ao tratamento:** Se a admissão ao tratamento foi ordenada pela justiça, podendo ser: sim ou não.
110. **Investigação em inquérito policial:** Se o participante está sob investigação em inquérito policial, podendo ser: sim ou não.

⁸Variáveis retiradas do ASI-6.

111. **Suspensão condicional do processo:** Se o participante está com suspensão condicional do processo judicial, podendo ser: sim ou não.
112. **Aguardando julgamento:** Se o participante está aguardando o julgamento ou a sentença, podendo ser: sim ou não.
113. **Liberdade Condicional:** Se o participante está em liberdade condicional, podendo ser: sim ou não.
114. **Programa de justiça terapêutica:** Se o participante está participando de um programa de justiça terapêutica, podendo ser: sim ou não.
115. **Como considera a gravidade dos problemas com a justiça criminal:**
Como o participante considera seus problemas com a justiça criminal, podendo ser: nada, levemente, moderadamente, consideravelmente e extremamente.
116. **Gravidade dos problemas na área de aspectos legais:** Escore da gravidade da área legal.

4.2.8 Análise dos dados

Os dados foram tabulados no programa computacional Excel®, com dupla digitação, já os dados oriundos dos instrumentos do ASI-6 foram inseridos e gerenciados utilizando a plataforma *Research Eletronic Data Capture* (REDCap), sendo duplamente checados.

A REDCap é uma plataforma de software projetado para suportar a captura de dados para estudos de pesquisa, fornecendo uma interface intuitiva para a captura de dados validados, trilhas de auditoria para rastreamento de manipulação de dados e procedimentos de exportação, procedimentos automatizados de exportação para

downloads de dados contínuos para pacotes estatísticos comuns e procedimentos para integração de dados com fontes externas.

Posteriormente tanto os dados do Excel® quanto da Plataforma REDCap foram transportados para a análise no Programa computacional Stata®, versão 12 e *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20 com auxílio de um profissional epidemiologista.

Foram realizadas medidas descritivas, como frequências absolutas e relativas, para variáveis categóricas e medidas de tendências centrais (média e mediana), de dispersão (desvio padrão, intervalo interquartil valor mínimo e máximo) para as variáveis contínuas. A proporção do desfecho, “não adesão ao tratamento”, foi estimada com seu intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Quanto a categorização para as variáveis contínuas, foi levado em consideração linearidade do gradiente quantitativo (ex. tercis, quartis e quintis). Para as variáveis qualitativas as suas respectivas categorias foram agrupadas conforme as frequências absolutas e relativas apresentadas, após a análise descritiva inicial. Tanto para as variáveis contínuas como para as categóricas foi considerada a literatura atual sobre a temática, além da distribuição dos dados.

Na análise inferencial inicial foram utilizadas tabelas de contingências e, testadas as associações das proporções entre a variável dependente e as independentes com o teste de qui-quadrado de *Pearson*, além do teste exato de *Fisher* e teste *Mann-Witney* conforme as distribuições observadas, sendo consideradas significativas aquelas que obtiveram o valor de $p < 0,05$.

Para estimar a medida de efeito foi utilizado o cálculo da Razão de Prevalência (RP) com IC95% com a Regressão de *Poisson*, entre a variável dependente (não adesão ao tratamento) e as independentes que obtiveram nas associações valor de $p < 0,2$, foram consideradas significativas aquelas que obtiveram o valor de $p < 0,05$.

4.2.9 Aspectos éticos

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado ‘Adesão ao tratamento pela pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas’, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, sob

número do CAAE 66929617.0.0000.0102 e de protocolo 2.033.006, de 26 de abril de 2017 (ANEXO 10). O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura de Curitiba, sob o número do CAAE 66929617.0.3001.0101 e protocolo nº 2.071.351 (ANEXO 11) e contemplado pelo Edital de Bolsa Produtividade CNPq 2016/2019.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução nº466, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe acerca do respeito, da dignidade e da proteção de seres humanos no posto de participantes de pesquisas científicas. (BRASIL, 2013).

Por se tratar de uma pesquisa que inclui participantes com transtornos mentais, também foi respeitada a lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos desse público específico. (BRASIL, 2001b). Portanto, foram prestados os devidos esclarecimentos acerca da finalidade e da metodologia do estudo e, posteriormente, os participantes do estudo foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (APÊNDICE E).

Por fim, foram garantidos o sigilo e o anonimato dos participantes como também as informações cedidas por eles em todas as etapas da pesquisa. Além disso, foi assegurado o direito de desistência em qualquer momento do desenvolvimento do estudo.

5 RESULTADOS

Nesse item, inicialmente, será apresentado a revisão integrativa da literatura, posteriormente os resultados oriundos das entrevistas aos participantes, dos quais são expostos de forma descritiva e inferencial, considerando o total de participantes estratificado por sexo. Posteriormente são apresentados os resultados da regressão logística daqueles que obtiveram o valor de $p < 0,2$.

Na apresentação dos resultados associados ao desfecho, as variáveis foram integradas e categorizadas de acordo com a aproximação temática. Portanto, são apresentados dados referentes a caracterização demográfica e socioeconômica, seguido da caracterização clínica, psiquiátricas e psicológicas, dos transtornos relacionados a substâncias, farmacoterapêuticas, do conhecimento sobre a terapêutica medicamentosa e por último dos aspectos legais e gravidade do uso de substâncias.

5.1 RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA

Tendo como referência a análise dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura, procedeu-se a uma caracterização dos estudos, à definição de adesão e à identificação de fatores associados à adesão e à não adesão à terapêutica medicamentosa em cada estudo.

5.1.2 Caracterização da amostra da Revisão Integrativa da Literatura

O Quadro 7 apresenta os 43 artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e que responderam à questão norteadora da presente revisão. As referências desses estudos estão apresentadas no Apêndice B.

Em relação à base de dados, um artigo estava inserido na LILACS; 27, na CINAHAL; e 15, na PUBMED. O inglês foi o idioma encontrado em todos os artigos.

O número de autores variou de um a 13, a maioria da área médica (n=29), e um estudo de autoria de enfermeiros. Optou-se por caracterizar somente o primeiro autor devido ao grande número de autores em cada estudo.

No que se refere à instituição, 35 foram desenvolvidos em universidades, sete, em centros de pesquisa, e um, em hospital. Quanto ao país: 27 eram provenientes dos Estados Unidos da América, seis, da China, e um, do Brasil.

Quanto aos periódicos, 36 eram multiprofissionais, destinados à temática substâncias psicoativas e, entre o período de busca (2006 a 2016), 26 artigos foram publicados nos últimos cinco anos.

O diagnóstico médico prevalente foi transtornos relacionados a opioides, em 26 estudos, seguido de dependência por álcool, em 12 publicações. Observou-se o nível de evidência em todos os estudos: 25 apresentaram nível de evidência igual a seis e 14 igual a dois.

QUADRO 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS INCLUIDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

(Continua)

ESTUDO	AUTORES	TÍTULO DO ESTUDO	ANO DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO
1	Finnell DS, Osborne FH	Stages of Change for Psychotropic Medication Adherence and Substance Cessation	2006	<i>Archives of Psychiatric Nursing</i>	Estudo descritivo
2	Peles E, Schreiber S, Adelson M	Factors predicting retention in treatment: 10-year experience of a methadone maintenance treatment (MMT) clinic in Israel	2006	<i>Drug and Alcohol Dependence</i>	Estudo Prospectivo
3	Raffa JD et al.	The impact of ongoing illicit drug use on methadone adherence in illicit drug users receiving treatment for HIV in a directly observed therapy program	2007	<i>Drug and Alcohol Dependence</i>	Longitudinal retrospectivo
4	Holt M.	Agency and dependency within treatment: Drug treatment clients negotiating methadone and antidepressants	2007	<i>Social Science & Medicine</i>	Qualitativo
5	Alford DP et al.	Treating homeless opioid dependent patients with buprenorphine in an office-based setting	2007	<i>J Gen Intern Med</i>	Estudo Retrospectivo
6	Barros AM et al.	What Role Does Measuring Medication Compliance Play in Evaluating the Efficacy of Naltrexone?	2007	<i>Alcoholism clinical & experimental research</i>	Ensaio clínico randomizado controlado com placebo
7	Oslin DW et al.	A placebo-controlled randomized clinical trial of naltrexone in the context of different levels of psychosocial intervention.	2008	<i>Alcohol Clin Exp Res</i>	Ensaio clínico randomizado controlado com placebo
8	Kranzler HR et al.	Persistence with Oral Naltrexone for Alcohol Treatment: Implications for Healthcare Utilization	2008	<i>Addiction</i>	Estudo retrospectivo
9	Zweben A et al.	Relationship between medication adherence and treatment outcomes: the combine study	2008	<i>Alcohol Clin Exp Res</i>	Ensaio clínico randomizado controlado com placebo
10	Liu E et al	Correlates of methadone client retention: A prospective cohort study in Guizhou province, China	2009	<i>Int J Drug Policy</i>	Prospectivo de coorte

QUADRO 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS INCLuíDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

(Continuação)

11	Banta-Green CJ et al.	<i>Retention in methadone maintenance drug treatment for prescription-type opioid primary users compared to heroin users</i>	2009	<i>Addiction</i>	Estudo de coorte retrospectivo
12	Sohler NL et al.	<i>Home- versus office-based buprenorphine inductions for opioid-dependent patients</i>	2010	<i>J Abuse of Subst</i>	Transversal*
13	Heffner JL et al.	<i>Combining Motivational Interviewing with Compliance Enhancement Therapy (MI-CET): Development and Preliminary Evaluation of a New, Manual-Guided Psychosocial Adjunct to Alcohol-Dependence Pharmacotherapy</i>	2010	<i>J Stud Alcohol Drugs</i>	Duplo-cego controlado por placebo
14	Parran TV et al.	<i>Long-term outcomes of office-based buprenorphine/naloxone maintenance therapy</i>	2010	<i>Drug and Alcohol Dependence</i>	Estudo retrospectivo
15	Kelly SM et al.	<i>Predictors of Methadone Treatment Retention from a Multi-Site Study: A Survival Analysis</i>	2011	<i>Drug and Alcohol Dependence</i>	Transversal analítico*
16	Corrêa Filho JM, Baltieri AD.	<i>Psychosocial and clinical predictors of retention in outpatient alcoholism treatment</i>	2012	Ver. Bras. Psiquiatr	Ensaio clínico controlado randomizado duplo-cego
17	Gu J et al.	<i>Misconceptions predict dropout and poor adherence prospectively among newly admitted first-time methadone maintenance treatment clients in Guangzhou, China</i>	2012	<i>Addiction</i>	Estudo de Coorte
18	Peters EN et al.	<i>Co-occurring marijuana use is associated with medication nonadherence and non-planning impulsivity in young adult heavy drinkers</i>	2012	<i>Addictive Behaviors</i>	Ensaio clínico controlado randomizado duplo-cego
19	Stoner SA, Hendershot CS.	<i>A randomized trial evaluating an mHealth system to monitor and enhance adherence to pharmacotherapy for alcohol use disorders</i>	2012	<i>Addict Sci Clin Pract</i>	Ensaio 85etros randomizado
20	De Fulio A et al.	<i>Employment-based reinforcement of adherence to an FDA approved extended release formulation of naltrexone in opioid-dependent adults: A randomized controlled trial</i>	2012	<i>Drug and Alcohol Dependence</i>	Transversal analítico*

QUADRO 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS INCLUIDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA (Continuação)

21	Neumann AM et al.	<i>Primary care patient characteristics associated with completion of 6-month buprenorphine treatment</i>	2013	Addictive Behaviors	Transversal analítico*
22	Gueorguieva R et al.	<i>Temporal patterns of adherence to medications and behavioral treatment and their relationship to patient characteristics and treatment response</i>	2013	Addictive Behaviors	Estudo com dados secundários
23	Dunn K et al.	<i>Employment-Based Reinforcement of Adherence to Oral Naltrexone Treatment in Unemployed Injection Drug Users</i>	2013	Exp Clin Psychopharmacol	Estudo randomizado caso controle
24	Chen W et al.	<i>Effectiveness of prize-based contingency management in a methadone maintenance program in China</i>	2013	Drug and Alcohol Dependence	Ensaio clínico controlado randomizado duplo-cego*
25	Stout RL et al.	<i>What happens when people discontinue taking medications? Lessons from COMBINE.</i>	2014	Addiction	Ensaio 86etros controlado randomizado*
26	Clark CB et al.	<i>Methadone maintenance treatment may improve completion rates and delay opioid relapse for opioid dependent individuals under community corrections supervision</i>	2014	Addictive Behaviors	Transversal analítico*
27	Bukten A et al.	<i>Factors associated with dropout among patients in opioid maintenance treatment (OMT) and predictors of re-entry.</i>	2014	Addictive Behaviors	Estudo com dados secundários
28	Weiss RD et al.	<i>Who benefits from additional drug counseling among prescription opioid-dependent patients receiving buprenorphine–naloxone and standard medical management?</i>	2014	Drug and Alcohol Dependence	Estudo com dados secundários
29	Shepherd A, Perrella B, Hatttingh HL.	<i>The impact of dispensing fees on compliance with opioid substitution therapy: a mixed methods study</i>	2014	Subst Abuse Treat Prev Policy	Pesquisa mista
30	Jiang H et al.	<i>Factors associated with one year retention to methadone maintenance treatment program among patients with heroin dependence in China</i>	2014	Subst Abuse Treat Prev Policy	Estudo com dados secundários

QUADRO 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS INCLuíDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

(Continuação)

31	Nuijten M et al.	<i>Treatment of crack-cocaine dependence with topiramate: A randomized controlled feasibility trial in The Netherlands</i>	2014	<i>Drug and Alcohol Dependence</i>	Ensaio 87etros randomizado
32	Stree E et al.	<i>DSM IV Axis II traits can influence compliance to treatment with oral naltrexone: A preliminary study on 30 opiate dependent patients</i>	2014	<i>Addictive Behaviors</i>	Transversal descritivo*
33	McRae-Clark AL et al.	<i>Concordance of direct and indirect measures of medication adherence in a treatment trial for cannabis dependence</i>	2015	<i>J Subst Abuse Treat.</i>	Duplo cego controlado por placebo
34	Stoner SA, Pamela BA, Hendershot CS.	<i>Randomized Controlled Trial of a Mobile Phone Intervention for Improving Adherence to Naltrexone for Alcohol Use Disorders</i>	2015	<i>Plos One</i>	Estudo randomizado controlado por placebo
35	Sullivan MA, et al.	<i>Opioid use and dropout in patients receiving oral naltrexone with or without single administration of injection naltrexone</i>	2015	<i>Drug Alcohol Depend</i>	Estudo randomizado controlado por placebo
36	Jaremko KM, Sterling RC, Bockstaele EJV	<i>Psychological and physiological stress negatively impacts early engagement and retention of opioid-dependent individuals on methadone maintenance</i>	2015	<i>J Subst Abuse Treat</i>	Estudo randomizado caso controle
37	Dunn K et al.	<i>Employment-based Reinforcement of Adherence to Oral Naltrexone in Unemployed Injection Drug Users: 12-month Outcomes</i>	2015	<i>Psychol Addict Behav</i>	Estudo randomizado caso controle
38	Baxter JD	<i>Adherence to Buprenorphine Treatment Guidelines in a Medicaid Program</i>	2015	<i>Substance Abuse</i>	Estudo com dados secundários
39	Burns L et al.	<i>A longitudinal comparison of retention in buprenorphine and methadone treatment for opioid dependence in New South Wales, Australia</i>	2015	<i>Addiction</i>	Descritivo 87etrospective*
40	Launonen E et al.	<i>Factors associated with non-adherence and misuse of opioid maintenance treatment medications and intoxicating drugs among Finnish maintenance treatment patients</i>	2016	<i>Drug and Alcohol Dependence</i>	Transversal descritivo*
41	Walcheret S et al.	<i>The opiate dosage adequacy scale for identification of the right methadone dose-a prospective cohort study.</i>	2016	<i>Pharmacol Toxicol</i>	Prospectivo de coorte observacional

QUADRO 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS INCLuíDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA (Conclusão)

42	Zhang B et al.	<i>Impact of blended treatment literacy and psychoeducation on methadone maintenance treatment outcomes in Yunnan, China</i>	2016	<i>Harm Reduction Journal</i>	Transversal*
43	Mariefeld C et al.	<i>Evaluation of an Implementation of Methadone Maintenance Treatment in China</i>	2016	<i>Drug Alcohol Dependence</i>	Transversal*

FONTE: A Autora (2017).

NOTA: *Dado informado pela autora em decorrência da ausência de informação acerca do tipo de estudo no artigo.

5.1.3 Definição e fatores associados à adesão e à não adesão à terapêutica medicamentosa

Observou-se que 32 estudos não apresentaram descrição completa do significado de adesão à terapêutica medicamentosa, no entanto, a análise das informações contidas neles, permitiu interpretar que a adesão se relaciona com a atitude de o paciente seguir corretamente a prescrição médica.

Em cinco estudos, a adesão era representada pelo uso de igual ou acima de 80% da prescrição, em quatro, pelo comparecimento a todas as consultas, um estudo pelo uso igual ou acima de 95% da prescrição e um estudo como igual ou acima de 60% do que foi prescrito.

O tempo em que foi avaliada a adesão à terapêutica medicamentosa nos estudos variou entre um e 30 meses, sendo que a maioria se concentrou entre 3 meses (n=12) e 6 e 12 meses (n=7 em ambos os estudos).

As 122 citações de fatores identificados como associados à adesão são apresentadas a seguir. A Tabela 1 mostra os dados referentes a aspectos sociodemográficos e econômicos relacionados como favoráveis à adesão à terapêutica medicamentosa, sendo que a idade mais avançada teve a maior citação entre os estudos da revisão integrativa (n=13).

TABELA 1 – FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS RELACIONADOS À ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017

VARIÁVEIS	(Continua)	
	N	%
Idade		
Idade avançada	13	46,4
Idade menos avançada (inferior a 35 anos)	1	3,6
Escolaridade		
Maiores níveis de escolaridade	2	7,1
Sexo		
Sexo feminino	2	7,1
Família		
Filhos	2	7,1
Estado conjugal		
Casado	1	3,6
Solteiro	1	3,6

TABELA 1 – FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS RELACIONADOS À ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA, CURITIBA, 2017

(Conclusão)

Situação empregatícia		
Empregado	3	10,7
Aposentado	1	3,6
Situação financeira		
Estável financeiramente	1	3,6
Renda mais elevada	1	3,6
TOTAL	28	100

FONTE: A Autora (2017).

A Tabela 2 apresenta os fatores associados aos transtornos relacionados a substâncias que favorecem a adesão à terapêutica medicamentosa, estar abstinente à substância de preferência foi prevalente, sendo citado em seis estudos.

TABELA 2 – FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS EM RELAÇÃO À ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017

VÁRIÁVEIS	N	%
Abstinência da substância de preferência	6	40
Menor gravidade da dependência química	3	20
Uso de outras substâncias psicoativas como redução de danos	2	13,3
Desejo de cessar o uso da substância psicoativa de preferência	2	13,3
Ter histórico de recaída	1	6,7
Trauma emocional anterior relacionado ao uso de substâncias psicoativas	1	6,7
TOTAL	15	100

FONTE: A Autora (2017).

A Tabela 3 mostra que, entre os fatores relacionados à terapêutica medicamentosa, a dose adequada da medicação foi citada em 12 dos 43 estudos como essencial para a adesão, seguida da eficácia, referenciada em três estudos (n=3).

TABELA 3 – FATORES ASSOCIADOS A TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA RELACIONADOS À ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017

(Continua)

VÁRIÁVEIS	N	%
Dose adequada da medicação	12	52,2
Eficácia da medicação	3	13

TABELA 3 – FATORES ASSOCIADOS A TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA RELACIONADOS À ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA, CURITIBA, 2017

	(Conclusão)	
Aceitar a terapêutica medicamentosa proposta	2	8,7
Satisfação com o tratamento medicamentoso	2	8,7
Compreender a importância da terapêutica medicamentosa	2	8,7
Assistência pública aos medicamentos	1	4,3
Medicação injetável	1	4,3
TOTAL	23	100

FONTE: A Autora (2017).

A Tabela 4, que se refere ao tratamento como um todo, mostra que participar de outras modalidades terapêuticas associadas à medicamentosa favorece a adesão (n=28), seguido de ter suporte profissional (n=8), citado nos estudos.

TABELA 4 – FATORES ASSOCIADOS AO TRATAMENTO RELACIONADOS À ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017

VÁRIÁVEIS	N	%
Tratamento		
Participar de outras modalidades terapêuticas	28	56
Tratamentos prévios para a dependência química	3	6
Satisfação com o tratamento psicossocial	2	4
Não ter participado anteriormente de programas de desintoxicação	1	2
Tempo longo de tratamento	1	2
Triagem toxicológica no momento de admissão ao tratamento	1	2
Organização adequada do ambiente de tratamento	1	2
Equipe de saúde		
Suporte profissional	8	16
Aliança terapêutica com o médico	3	6
Satisfação com o terapeuta	1	2
Outros		
Seguro saúde de melhor qualidade para obter melhores tratamentos	1	2
TOTAL	50	100

FONTE: A Autora (2017).

Outros fatores que foram relacionados à adesão à terapêutica medicamentosa e obtiveram citações nos estudos da revisão integrativa, mas não se enquadraram em nenhuma das tabelas anteriormente apresentadas, são em relação a ter problemas clínicos (n=3), ter um ambiente favorável, (n=2) e ter comorbidades mentais de baixa

gravidade (n=1).

As 146 citações de fatores associados à não adesão são apresentadas nas Tabelas 5 a 9. A Tabela 5 mostra que, entre os fatores sociodemográficos e econômicos que interferem na adesão à terapêutica medicamentosa, a idade menos avançada foi o mais citado (n=6) nos estudos.

TABELA 5 – FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS RELACIONADOS À NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017

VÁRIÁVEIS	N	%
Idade menos avançada	6	33,3
Etnia (negra; indígena)	2	11,1
Sexo masculino	2	11,1
Desemprego	2	11,1
Prejuízo ao trabalho	1	5,6
Situação de morador de rua	1	5,6
Baixa renda	1	5,6
Estado civil solteiro	1	5,6
Baixa escolaridade	1	5,6
Filhos	1	5,6
TOTAL	18	100

FONTE: A Autora (2017).

Não se manter abstinente antes e durante o tratamento foi prevalente (n=19) como fator que prejudica a adesão à terapêutica medicamentosa, seguido pela gravidade da dependência química (n=9) e de outros fatores associados a esta mesma questão (TABELA 6).

TABELA 6 – FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS EM RELAÇÃO À NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017

VÁRIÁVEIS	N	%
Não se manter abstinente antes e durante o tratamento	19	47,5
Gravidade da dependência química	9	22,5
Uso de múltiplas drogas	6	15
Tipo de substância (heroína e cocaína)	3	7,5
Síndrome da abstinência	2	5
Fissura não controlada	1	2,5
TOTAL	40	100

FONTE: A Autora (2017).

A Tabela 7 mostra que, entre os fatores relacionados à terapêutica medicamentosa como aqueles que interferem na adesão, os efeitos colaterais e o longo tempo de tratamento medicamentoso obtiveram maior prevalência (n=9).

TABELA 7 – FATORES ASSOCIADOS À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA RELACIONADOS À NÃO ADESAO. CURITIBA, 2017

VÁRIÁVEIS	N	%
Efeitos colaterais e adversos da medicação	9	19,1
Longo tempo de tratamento medicamentoso	9	19,1
Baixa eficácia da medicação	6	12,8
Falta de conhecimento sobre a medicação, dose e horários	4	8,5
Desejo de interromper o tratamento medicamentoso	3	6,4
Alto custo do tratamento	3	6,4
Desmotivação quanto ao tratamento medicamentoso	3	6,4
Baixo entendimento sobre a importância da medicação	2	4,3
Uso de medicações para outras comorbidades	2	4,3
Dificuldade de autoadministração de medicações injetáveis	1	2,1
Ausência de desejo de tomar a medicação regularmente	1	2,1
Expectativa de curto tempo de tratamento medicamentoso	1	2,1
Baixo comprometimento com o tratamento medicamentoso	1	2,1
Longo tempo entre a dose inicial e de estabilização	1	2,1
Alterar a dosagem da medicação sem orientação médica	1	2,1
TOTAL	47	100

FONTE: A Autora (2017).

A Tabela 8 apresenta os fatores que interferem na adesão à terapêutica medicamentosa, associados ao tratamento como um todo, em que a insatisfação com o profissional médico (n=5) e a dificuldade de deslocamento até o local de tratamento (n=3) foram citadas como fatores que prejudicam a adesão à terapêutica medicamentosa.

TABELA 8 – FATORES ASSOCIADOS AO TRATAMENTO RELACIONADOS À NÃO ADESAO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017

(Continua)

VÁRIÁVEIS	N	%
Tratamento		
Dificuldade de acesso até o serviço de tratamento	3	17,6
Horário de tratamento limitado	1	5,9
Histórico de tratamentos anteriores	1	5,9
Dificuldade de comparecer em decorrência do trabalho	1	5,9

TABELA 8 – FATORES ASSOCIADOS AO TRATAMENTO RELACIONADOS À NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017

	(Conclusão)	
Experiências negativas com tratamentos anteriores	1	5,9
Equipe de saúde		
Insatisfação com o profissional médico	5	29,4
Falta de comunicação com os profissionais	3	17,6
Falta de apoio profissional	1	5,9
Outros		
Falta de incentivo financeiro para a adesão*	1	5,9
TOTAL	17	100

FONTE: A Autora (2017).

NOTA: *refere-se ao subsídio financeiro que alguns pesquisadores fornecem aos participantes do estudo.

A Tabela 9 ilustra as condições mentais e emocionais relacionadas à não adesão terapêutica medicamentosa, em que apresentar comorbidades mentais (n=15) associadas aos transtornos relacionados a substâncias contribui para a não adesão.

TABELA 9 – FATORES ASSOCIADOS ÀS CONDIÇÕES MENTAIS E EMOCIONAIS RELACIONADOS À NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2017.

VÁRIÁVEIS	N	%
Comorbidades mentais associadas	15	11
Desorganização	1	0,7
Impulsividade	1	0,7
Stress/aumento do cortisol	1	0,7
Esquecimento	1	0,7
TOTAL	19	100

FONTE: A Autora (2017).

Outros fatores que interferem na adesão à terapêutica medicamentosa e que não se enquadraram em nenhuma das tabelas citadas são: ter infrações penais (n=4) e estar em situação de prisão (n=1).

5.2 RESULTADOS DO ESTUDO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL

5.2.1 Caracterização demográfica e socioeconômica

Com relação a caracterização demográfica (TABELA 10) entre os 89 participantes, 78 (87,6%), eram do sexo masculino, com predomínio da faixa etária entre 30 e 49 anos, 41 (46,1%), de raça branca, 45 (50,6%), sem convívio conjugal 72 (80,9%), desses, 35 (39,3%) nunca se casaram.

Quanto à caracterização socioeconômica (TABELA 10), uma parcela de 69 (77,5%) participantes estavam fora do mercado de trabalho, sendo que desses 38 (42,7%) representam aqueles que não estão procurando trabalho ativamente. Para esses que estão fora do mercado de trabalho, 79 (88,7%) faziam bicos.

Verificou-se as fontes de sustento atuais, especificamente para as oriundas da família ou amigos 29 (32,6%), bicos 27 (30,3%) e assistência pública 11 (12,4%). A maioria relatou não possuir dependentes 60 (67,4%) assim como a maioria não possuía renda bruta suficiente para o autossustento 66 (74,2%).

TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS. CURITIBA, 2018 (Continua)

VARIÁVEIS	Masculino		Feminino		Total	
	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)
Sexo						0,907
Masculino	-	-	-	-	78 (87,6)	(56,4)
Feminino	-	-	-	-	11 (12,4)	(54,5)
Idade						0,388
≤ 29 anos	16 (20,5)	(62,5)	2 (18,2)	(100,0)	18 (20,2)	(66,7)
30 – 49 anos	37 (47,4)	(54,0)	4 (36,4)	-	41 (46,1)	(48,8)
≥ 50 anos	25 (32,1)	(56,0)	5 (45,4)	(80,0)	30 (33,7)	(60,0)
Raça						0,330
Branca	37 (47,4)	(51,3)	8 (72,7)	(50,0)	45 (50,6)	(50,6)
Outras ⁺	41 (52,5)	(60,9)	3 (27,3)	(66,6)	44 (49,4)	(61,3)
Escolaridade						0,695
Nenhum	16 (20,5)	(57,7)	1 (9,1)	(57,7)	17 (19,2)	(58,0)

TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS. CURITIBA, 2018 (Continuação)

Ensino fundamental	29 (37,2)		4 (36,4)		33 (37,0)	
Ensino médio ou mais	33 (42,3)	(54,5)	6 (54,5)	(54,5)	39 (43,8)	(53,8)
Estado Civil	0,596		0,061		0,399	
Casado/ vivendo como casado	14 (18,0)	(57,1)	3 (27,3)	-	17 (19,1)	(47,0)
Outros**	64 (82,0)	(56,2)	8 (72,7)	(75,0)	72 (80,9)	(58,3)
Situação empregatícia	0,239		0,041*		0,111	
Turno integral	7 (9,0)	(42,8)	0,0	-	7 (7,9)	(42,8)
Meio turno	3 (3,8)	-	0,0	-	3 (3,4)	-
Desempregado***	28 (35,9)	(53,7)	3 (27,3)	-	31 (34,8)	(48,3)
Fora do mercado de trabalho****	32 (41,0)	(65,6)	6 (54,5)	(83,3)	38 (42,7)	(68,2)
Bicos	8 (10,3)	(62,5)	2 (18,2)	(50,0)	10 (11,2)	(60,0)
Situação atual	0,240		1,000		0,479	
Dona de casa/do lar	0,0	-	4 (36,4)	(75,0)	4 (4,5)	(75,0)
Estudante	3 (3,8)	(100,0)	0,0	-	3 (3,4)	(100,0)
Incapaz	5 (6,5)	(80,0)	1 (9,1)	(100,0)	6 (6,7)	(83,3)
Aposentado	4 (5,1)	(50,0)	0,0	-	4 (4,5)	(50,0)
Não procura por trabalho	18 (23,1)	(72,2)	2 (18,2)	(50,0)	20 (22,5)	(70,0)
Procura por trabalho	7 (9,0)	(28,5)	1 (9,1)	(100,0)	8 (9,0)	(37,5)
Outro	3 (3,8)	(66,6)	0,0	-	3 (3,4)	(66,6)
Não se aplica	38 (48,7)	-	3 (27,3)	-	41 (46,0)	-
Fontes atuais de sustento	0,693		-		0,362	
Emprego	7 (9,0)	(42,8)	0,0	-	7 (7,9)	(42,8)
	0,691		1,000		0,332	
Aposentadoria	6 (7,7)	(66,6)	1 (9,1)	(100)	7 (7,9)	(71,4)
	0,691		-		0,463	
Pensão ou seguro social*****	6 (7,7)	(66,6)	0,0	-	6 (6,7)	(66,6)
	0,038*		-		0,041*	
Assistência pública	11 (14,1)	(27,2)	0,0	-	11 (12,4)	(27,2)
	0,248		0,348		0,217	
Família, amigos ou sócios	25 (32,1)	(64,0)	4 (36,4)	(75,0)	29 (32,6)	(65,5)
	0,564		0,545		0,313	
Dinheiro ilegal	1 (1,3)	(100,0)	1 (9,1)	(100,0)	2 (2,2)	(100,0)
	0,403		-		0,407	
Institucionalizado ou vivendo em supervisão	3 (3,8)	(33,3)	0,0	-	3 (3,4)	(33,3)
	0,403		0,727		0,383	
Outras	3 (3,8)	(33,3)	2 (18,2)	(50,0)	5 (5,6)	(40,0)
	0,123		0,197		0,075	
Bicos	20 (25,6)	(70,0)	7 (63,6)	(71,4)	27 (30,3)	(70,3)
	0,622		0,455		0,537	
Nenhuma	5 (6,4)	(60,0)	1 (9,1)	-	6 (6,7)	(50,0)
Renda Bruta	0,234		1,000		0,339	
0 – 3.500	11 (14,1)	(72,3)	3 (27,3)	(66,6)	14 (15,7)	(71,4)
3.501 – 6.000	10 (12,8)	(70,0)	1 (9,1)	-	11 (12,4)	(63,4)

TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS. CURITIBA, 2018 (Conclusão)

≥ 6.001	11 (14,1)	(36,3)	1 (9,1)	(100,0)	12 (13,5)	(41,6)
Não se aplica	46 (59,0)	-	6 (54,5)	-	52 (58,4)	-
Quantidade de dependentes	0,881		0,351		0,572	
Zero	55 (70,5)	(58,1)	5 (45,5)	(80,0)	60 (67,4)	(60,0)
Um	12 (15,4)	(50,0)	5 (45,5)	(40,0)	17 (19,2)	(47,0)
Dois ou mais	11 (14,1)	(54,5)	1 (9,0)	-	12 (13,4)	(50,0)
Renda suficiente	0,244		0,727		0,348	
Não	57 (73,1)	(59,6)	9 (81,8)	(55,5)	66 (74,2)	(59,0)
Sim	21 (26,9)	(47,6)	2 (18,2)	(50,0)	23 (25,8)	(47,8)

FONTE: A Autora (2019).

* Amarela/oriental/mestiça/negra/preta/indígena.

** Viúvo/divorciado/separado/nunca casou.

+++Ativamente procurando trabalho.

++++ Não Procura trabalho.

+++++ Invalidez/incapacidade.

Com relação ao desfecho, ‘não adesão ao tratamento medicamentoso’, na análise inferencial se pode verificar que 56,4% dos que não aderiam eram homens, 66,7% tinham idade menor que ≤29 anos e 61,3% possuíam outras raças que não a branca.

Em relação a escolaridade, 58% dos que não aderiam a terapêutica medicamentosa tinham apenas o ensino fundamental ou nenhuma escolaridade e 58,3% não possuíam cônjuge. Na situação empregatícia dos não aderentes, 68,2% estavam fora do mercado de trabalho. Houve significância estatística na fonte de sustento atual com relação a assistência pública em que o valor de p foi de 0,041, outras variáveis que obtiveram um valor de $p < 0,2$ estão descritas na Tabela 11. Não foi possível realizar a regressão logística da variável ‘situação empregatícia’ devido a dispersão dos dados.

TABELA 11 – RAZÃO DE PREVALÊNCIA (PR) TOTAL DAS FONTES ATUAIS DE SUSTENTO. CURITIBA, 2018

VARIÁVEL	RP ^a (IC95%) ^b	Valor de p ^c
Assistência pública		0,183
Não	Referência	
Sim	0,45 (0,14; 1,45)	
Bicos		0,241
Não	Referência	
Sim	1,40 (0,79; 2,49)	

FONTE: A Autora (2019).

^a razão de prevalência bruta com a Regressão de *Poisson*.

^b intervalo de confiança de 95%.

^c teste de *Wald*.

5.2.2 Caracterização clínica

Na caracterização descritiva das variáveis clínicas (TABELA 12), se verifica um quantitativo de 40 (45,0%) que apresentavam comorbidades clínicas, a mais citada foi a hipertensão 19 (21,3%). Desses que possuíam comorbidades clínicas, 25 (28,1%), tinham prescrição medicamentosa para o agravo clínico, no entanto, somente 16 (17,9%) faziam uso da medicação conforme o prescrito.

Ao serem questionados sobre como percebiam sua saúde física nos últimos 30 dias, 31 (34,8%), referiram estar boa e razoável, ambos com o mesmo quantitativo. Já em relação a sentirem alguma dor ou desconforto nos últimos 30 dias, 42 (47,1%) referiram positivamente. Do total de participantes 50 (56,2%) refeririam preocupação ou incomodação com sua saúde física, sendo que desses, 24 (27,0%) afirmaram estar extremamente preocupado.

Quanto a importância em realizar algum tratamento para a saúde física 47 (52,8%) afirmaram positivamente, desses, 36 (40,4%) acreditavam ser extremamente importante um tratamento adicional para a saúde física.

TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA. CURITIBA, 2018

(Continua)

VARIÁVEIS	Masculino		Feminino		Total	
	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)
Comorbidade clínica	0,387		0,121		0,278	
Não	37 (47,4)	(59,4)	3 (27,3)	(100,0)	40 (45,0)	(62,5)
Sim	41 (52,6)	(53,6)	8 (72,7)	(37,5)	49 (55,0)	(51,0)
Especificação da comorbidade	0,603		0,576		0,865	
Hipertensão	16 (20,5)	(56,2)	3 (27,3)	(66,6)	19 (21,3)	(57,8)
	0,436		-		0,438	
Diabetes	1 (1,3)	-	0,0	-	1 (1,1)	-
	0,532		-		0,537	
Doença cardíaca	6 (7,7)	(50,0)	0,0	-	6 (6,7)	(50,0)

TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA.
CURITIBA, 2018

(Continuação)						
	0,589	-	0,593			
Acidente vascular cerebral	4 (5,1)	(50,0)	0,0	0,0	1 (1,1)	(50,0)
	0,100		0,545		0,104	
Convulsões	10 (12,8)	(80,0)	1 (9,1)	(100,0)	11 (12,3)	(81,8)
	0,436	-	0,438			
Câncer	2 (2,6)	-	0,0	-	1 (1,1)	-
	0,685	-	0,687			
HIV	1 (1,3)	(50,0)	0,0	-	1 (1,1)	(50,0)
	0,095	-	0,094			
Tuberculose	4 (5,1)	(100,0)	0,0	-	4 (4,5)	(4,0)
	0,270		0,455		0,463	
Hepatites	5 (6,4)	(80,0)	1 (9,1)	-	6 (6,7)	(66,6)
	0,065		0,455		0,225	
Cirroses	5 (6,4)	(100,0)	1 (9,1)	-	6 (6,7)	(83,3)
	0,597		0,727		0,617	
Doença renal	3 (3,8)	(66,6)	2 (18,2)	(50,0)	5 (5,6)	(60,0)
	0,532	-	0,537			
Doença respiratória	6 (7,7)	(50,0)	0,0	-	6 (6,7)	(50,0)
	0,429		0,576		0,513	
Outra	12 (15,4)	(50,0)	3 (27,3)	(66,6)	15 (16,9)	(53,3)
Medicação para comorbidade clínica	0,243		1,000		0,182	
Não	56 (71,7)	(50,0)	8 (72,7)	(50,0)	64 (71,9)	(50,0)
Sim	14 (17,9)	(71,4)	2 (18,2)	(100,0)	16 (17,9)	(68,7)
Sim, mas não está tomando	8 (10,4)	(75,0)	1 (9,1)	-	9 (10,2)	(77,7)
Condição de saúde física atual	0,951		0,134		0,582	
Excelente	10 (12,8)	(60,0)	0,0	-	10 (11,2)	(60,0)
Muito boa	3 (3,8)	(66,6)	2 (18,2)	(100,0)	5 (5,7)	(80,0)
Boa	28 (35,9)	(50,0)	3 (27,3)	0,0	31 (34,8)	(45,1)
Razoável	27 (34,6)	(59,2)	4 (36,3)	(75,0)	31 (34,8)	(61,2)
Ruim	10 (12,8)	(60,0)	2 (18,2)	(50,0)	12 (13,5)	(58,3)
Dias de problemas físicos	0,601		1,000		0,475	
Zero dias	53 (67,9)	(60,3)	5 (45,5)	(60,0)	58 (65,2)	(60,3)
Até sete dias	9 (11,5)	(44,4)	5 (45,5)	(40,0)	14 (15,7)	(42,8)
Acima de sete dias	16 (20,5)	(50,0)	1 (9,0)	(100,0)	17 (19,1)	52,9)
Dor ou desconforto físico	0,859		0,610		0,608	
Nada	42 (53,9)	(59,5)	5 (45,5)	(60,0)	47 (52,9)	(59,7)
Levemente	10 (12,8)	(60,0)	0,0	-	10 (11,2)	(60,0)
Moderadamente	9 (11,5)	(55,5)	1 (9,1)	(100,0)	10 (11,2)	(60,0)
Consideravelmente	5 (6,4)	(60,0)	1 (9,1)	(100,0)	6 (6,7)	(66,6)
Extremamente	12 (15,4)	(41,7)	4 (36,3)	(25,0)	16 (18,0)	37,5)
Preocupação/incomodado com a saúde	0,660		0,372		0,447	
Nada	35 (44,9)	(54,2)	4 (36,4)	(75,0)	39 (43,8)	(56,4)
Levemente	4 (5,1)	(75,0)	0,0	-	4 (4,5)	(75,0)
Moderadamente	10 (12,8)	(70,0)	0,0	-	10 (11,2)	(70,0)
Consideravelmente	11 (14,1)	(63,6)	1 (9,1)	(100,0)	12 (13,5)	(66,6)
Extremamente	18 (23,1)	(44,4)	6 (54,5)	(33,3)	24 (27,0)	(41,6)

TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA. CURITIBA, 2018

Importância do tratamento clínico	(Conclusão)					
	0,919		1,000		0,977	
Nada	37 (47,5)	(59,4)	5 (45,5)	(60,0)	42 (47,2)	(59,5)
Levemente	2 (2,6)	(50,0)	0,0	-	2 (2,2)	(50,0)
Moderadamente	4 (5,1)	(50,0)	0,0	-	4 (4,5)	(50,0)
Consideravelmente	4 (5,1)	(75,0)	1 (9,0)	-	5 (5,7)	(60,0)
Extremamente	31 (39,7)	(51,6)	5 (45,5)	(60,0)	36 (40,4)	(52,7)

FONTE: A Autora (2019).

Na análise inferencial com o desfecho, a Tabela 12 ilustra que 68,7% dos que não aderiam ao tratamento medicamentoso possuíam prescrição medicamentosa para comorbidades clínicas, entretanto, 77,7% deveriam utilizar, mas não faziam o uso apesar de indicado.

Pode-se verificar que o histórico de convulsões e tuberculose, bem como, possuir prescrição medicamentosa para as comorbidades clínicas, obtiveram um valor de $p < 0,2$. Com relação a cirrose hepática o valor de $p < 0,2$ foi somente no sexo masculino. A Tabela 13 ilustra os valores da Regressão de *Poisson* para essas variáveis.

TABELA 13 – RAZÃO DE PREVALÊNCIA (PR) TOTAL E POR SEXO DE VARIÁVEIS CLÍNICAS. CURITIBA, 2018

(Continua)

VARIÁVEL	RP ^a (IC95%) ^b	Valor de p ^c
Convulsões		0,229
Não	Referência	
Sim	1,55 (0,75; 3,20)	
Tuberculose		0,239
Não	Referência	
Sim	1,84 (0,66; 5,13)	
Cirrozes		0,187
Não	Referência	
Sim	1,87 (0,73; 4,74)	
Medicação para comorbidade clínica		
Não	Referência	
Sim	1,37 (0,69; 2,72)	0,362
Sim, mas não está tomando	1,55 (0,68; 3,52)	0,290

FONTE: A Autora (2019).

^a razão de prevalência bruta com a Regressão de *Poisson*.^b intervalo de confiança de 95%.^c teste de *Wald*.

5.2.3 Caracterização psiquiátrica e psicológica

Na Tabela 14, observa-se que 32 (36,0%) possuíam comorbidades mentais, dessas, o transtorno de humor com 25 (28,1%) e em 20 (22,5%) dos casos já houve necessidade de internação em decorrência das comorbidades mentais. Do total de participantes, 31 (34,8%) faziam uso de medicação para comorbidades mentais ou problemas psicológicos.

Entre todos os participantes, 62 (69,7%), apresentavam queixas acerca da dificuldade de dormir, sintomas de humor deprimido e ansiosos. Quanto a alterações sensoperceptivas, 57 (64%) relataram já ter apresentado alucinações, sendo que desses, 23 (25,8%) somente quando estavam sob efeito da SPA.

Com relação a alterações psicológicas, 47 (52,8%) apresentaram dificuldade de controle do temperamento, o impulso e a agressividade. Outro dado apresentado foi a ideação e tentativa de suicídio, 46 (51,7%) e 33 (37,1%) já pensaram ou já tentaram suicídio alguma vez na vida, respectivamente.

Ao questionar sobre esses problemas psiquiátricos e psicológicos nos últimos 30 dias, 50 (56,2%) referiram se sentir preocupado ou incomodado, e 55 (61,8%) acreditavam ser importante receber um tratamento adicional para problemas psiquiátricos e/ou psicológicos.

TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO CARACTERIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA E PSICOLÓGICA. CURITIBA, 2018

(Continua)

VARIÁVEIS	Masculino		Feminino		Total	
	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)
Comorbidade psiquiátrica	0,550		0,608		0,992	
Sim	27 (34,6)	(55,5)	5 (45,5)	(60,0)	32 (36,0)	(56,2)
Não	51 (65,4)	(56,8)	6 (54,5)	(50,0)	57 (64,0)	(56,1)
Descrição comorbidade	0,837		0,372		0,714	
Transtornos do humor	19 (24,4)	(52,6)	6 (54,5)	(66,6)	25 (28,1)	(56,0)
Transtornos da personalidade	1 (1,3)	(100,0)	1 (9,1)	(100,0)	2 (2,2)	(100,0)
Transtornos ansiosos	2 (2,6)	(100,0)	0,0	-	2 (2,2)	(100,0)
Transtornos psicóticos	2 (2,6)	(50,0)	0,0	-	2 (2,2)	(50,0)
Não se aplica	54 (69,1)	-	4 (36,4)	-	58 (65,3)	-
Número de internações psiquiátricas	0,596		0,392		0,696	

TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO CARACTERIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA E PSICOLÓGICA. CURITIBA, 2018

(Continuação)

Zero	64 (82,1)	(56,2)	5 (45,5)	(40,0)	69 (77,5)	(55,0)
Uma ou mais	14 (17,9)	(51,1)	6 (54,5)	(66,6)	20 (22,5)	(60,0)
Uso de medicamentos para problemas psicológicos/psiquiátricos	0,319		0,197		0,199	
Não	54 (69,2)	(53,7)	4 (36,4)	(25,0)	58 (65,2)	(51,7)
Sim	24 (30,8)	(62,5)	7 (63,6)	(71,4)	31 (34,8)	(64,2)
Idade que surgiram problemas psicológicos/psiquiátricos	0,789		1,000		0,810	
Antes dos 18 anos	7 (9,0)	(71,3)	1 (9,1)	(100,0)	8 (9,0)	(75,0)
Até 30 anos	13 (16,7)	(61,4)	5 (45,5)	(60,0)	18 (20,2)	(61,1)
Acima de 30 anos	8 (10,3)	(50,0)	1 (9,1)	(100,0)	9 (10,1)	(55,5)
Não se aplica	50 (64,0)	-	4 (36,3)	-	54 (60,7)	-
Dificuldade para dormir	0,759		0,608		0,780	
Não	19 (24,4)	(57,8)	5 (45,5)	(60,0)	24 (27,0)	(58,3)
Sim	56 (71,8)	(57,1)	6 (54,5)	(50,0)	62 (69,7)	(56,4)
Sim, mas sob efeito de SPA	3 (3,8)	(33,3)	0,0	-	3 (3,3)	(33,3)
Sintomas de humor deprimido	0,407		0,061		0,295	
Não	15 (19,2)	(40,0)	0,0	-	15 (16,9)	(40,0)
Sim	54 (69,2)	(59,2)	8 (72,7)	(75,0)	62 (69,7)	(61,2)
Sim, mas sob efeito de SPA	9 (11,5)	(66,6)	3 (27,3)	-	12 (13,6)	(50,0)
Sintomas ansiosos	0,806		0,026		0,118	
Não	14 (17,9)	(57,1)	2 (18,1)	(100,0)	16 (18,0)	(62,5)
Sim	57 (73,1)	(57,8)	5 (45,5)	(80,0)	62 (69,7)	(59,6)
Sim, mas sob efeito de SPA	7 (9,0)	(42,8)	4 (36,4)	-	11 (12,3)	(27,2)
Alteração sensoperceptiva	0,917		0,567		0,896	
Não	28 (35,9)	(53,5)	4 (36,4)	(50,0)	32 (36,0)	(53,1)
Sim	32 (41,0)	(56,2)	2 (18,2)	(100,0)	34 (38,2)	(58,8)
Sim, mas sob efeito de SPA	18 (23,1)	(61,1)	5 (45,5)	(40,0)	23 (25,8)	(56,2)
Dificuldade de concentração	1,000		0,416		0,780	
Não	29 (37,2)	(55,1)	3 (27,3)	(66,6)	32 (36,0)	(56,2)
Sim	42 (53,8)	(57,1)	6 (54,5)	(66,6)	48 (53,9)	(58,3)
Sim, mas sob efeito de SPA	7 (9,0)	(57,1)	2 (18,2)	-	9 (10,1)	(44,4)
Alteração no temperamento	0,465		0,113		0,232	
Não	28 (35,9)	(43,4)	4 (36,4)	(25,0)	32 (36,0)	(43,7)
Sim	41 (52,6)	(60,9)	6 (54,5)	(83,3)	47 (52,8)	(63,8)
Sim, mas sob efeito de SPA	9 (11,5)	(66,6)	1 (9,1)	-	10 (11,2)	(60,0)
Ideação suicida	0,550		0,113		0,197	
Não	31 (39,7)	(48,3)	3 (27,3)	(33,3)	34 (38,2)	(47,0)
Sim	40 (51,3)	(62,5)	6 (54,5)	(83,3)	46 (51,7)	(65,2)
Sim, mas sob efeito de SPA	7 (9,0)	(57,1)	2 (18,2)	-	9 (10,1)	(44,4)
Tentativa de suicídio	0,433		0,318		0,609	
Não	46 (59,0)	(53,3)	3 (27,3)	(33,3)	49 (55,0)	(52,0)
Sim	26 (33,3)	(53,8)	7 (63,6)	(71,4)	33 (37,1)	(57,5)
Sim, mas sob efeito de SPA	6 (7,7)	(83,3)	1 (9,1)	-	7 (7,9)	(71,4)

TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO CARACTERIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA E PSICOLÓGICA. CURITIBA, 2018

(Conclusão)

Quantidade de dias com problemas psicológicos/psiquiátricos	0,643		0,013		0,362	
Zero	26 (33,3)	(65,3)	4 (36,4)	-	30 (33,7)	(56,6)
Até quinze dias	15 (19,2)	(66,6)	4 (36,4)	(100,0)	19 (21,3)	(73,6)
Acima de 15 dias	23 (29,4)	(52,1)	3 (27,2)	(66,6)	26 (29,3)	(53,8)
Não se aplica	14 (17,9)	-	0,0	-	14 (15,7)	-
Incapaz de realizar as atividades	0,435		0,576		0,540	
Não	44 (56,4)	(59,0)	8 (72,7)	(50,0)	52 (58,4)	(57,6)
Sim	20 (25,6)	(65,0)	3 (27,3)	(66,6)	23 (25,8)	(65,2)
Não se aplica	14 (17,9)	-	0,0	-	14 (15,7)	-
Preocupado ou incomodado com os psicológicos/psiquiátricos	0,598		0,740		0,634	
Nada	22 (28,2)	(63,6)	3 (27,3)	(33,3)	25 (28,1)	(60,0)
Levemente	3 (3,8)	(66,6)	0,0	-	3 (3,4)	(66,6)
Moderadamente	2 (2,7)	(100,0)	0,0	-	2 (2,2)	(100,0)
Consideravelmente	6 (7,7)	(33,3)	2 (18,2)	(50,0)	8 (9,0)	(37,5)
Extremamente	31 (39,7)	(61,2)	6 (54,5)	(66,6)	37 (41,6)	(62,1)
Não se aplica	14 (17,9)	-	0,0	-	14 (15,7)	-
Importância do tratamento para psicológicos/psiquiátricos	0,780		0,455		0,769	
Nada	32 (41,0)	(56,2)	2 (18,2)	-	34 (38,2)	(52,9)
Levemente	3 (3,8)	(33,3)	0,0	-	3 (3,4)	(33,3)
Moderadamente	3 (3,8)	(33,3)	1 (9,1)	(100,0)	4 (4,5)	(50,0)
Consideravelmente	4 (5,2)	(75,0)	1 (9,1)	(100,0)	5 (5,6)	(80,0)
Extremamente	36 (46,2)	(58,3)	7 (63,6)	(51,1)	43 (48,3)	(58,1)

FONTE: A Autora (2019).

Com relação a análise inferencial, houve significância estatística na variáveis sintomas ansiosos e quantidade de dias com problemas psiquiátricos/psicológicos, no que se refere a dados do sexo feminino, no entanto não foram consideradas a fim de discussão devido ao baixo quantitativo de participantes mulheres neste estudo.

Pode-se identificar uma correlação entre a não adesão à terapêutica medicamentosa e o uso de medicamentos para problemas psicológicos e ou psiquiátricos (64,2%). A maior parte dos que não aderiam (65,2%) já tiveram ideação suicida. A tabela 15 apresenta a regressão logística em relação ao desfecho das variáveis que obtiveram um valor de $p < 0,2$.

TABELA 15 – RAZÃO DE PREVALÊNCIA (PR) TOTAL DE VARIÁVEIS PSIQUIÁTRICAS/PSICOLÓGICAS. CURITIBA, 2018

VARIÁVEL	RP ^a (IC95%) ^b	Valor de p ^c
Uso de medicação para problemas psicológicos/psiquiátricos		0,338
Não	Referência	
Sim	2,85 (0,33; 2,44)	
Sintomas ansiosos		
Não	Referência	
Sim	0,95 (0,47; 1,92)	0,897
Sim, mas sob efeito de SPA	0,43 (0,12; 1,92)	0,208
Ideação suicida		
Não	Referência	
Sim	1,29 (0,68; 2,44)	0,433
Sim, mas sob efeito de SPA	1,18 (0,39; 3,55)	0,768

FONTE: A Autora (2019).

^a razão de prevalência bruta com a Regressão de *Poisson*.

^b intervalo de confiança de 95%.

^c teste de *Wald*.

5.2.4 Caracterização dos transtornos relacionados a substâncias

Evidenciou-se na Tabela 16 que 39 (43,8%), possuíam como diagnóstico médico os transtornos relacionados ao álcool, 17 (19,1%) relacionado a cocaína e 33 (37,1%) a múltiplas substâncias. Em 52 (58,5%) dos casos o participante apresentou mais de um tratamento anterior para o uso de SPA. Desses, 24 (27,0%) necessitaram de até sete tratamentos anteriores e 28 (31,5%) mais de sete tratamentos.

Pode-se verificar que 22 (24,8%) dos participantes relataram utilizar SPA, exceto álcool, por até 10 anos e 38 (42,7%) utilizavam SPA mais de 10 anos. Com relação a frequência do uso, 35 (39,3) utilizavam diariamente.

Do total de participantes, 22 (24,8%) relataram usar SPA em até cinco dias anteriores a pesquisa, 31 (34,9%) relataram sentir sintomas de abstinência, 34 (38,2%) apresentavam dificuldade de controle do uso de SPA e 39 (43,8%) apresentavam fissura/desejo intenso. A maior parte 30 (33,8%) dos que afirmaram utilizar SPA ilícitas relataram preocupação com o uso e 44 (49,4%) acreditavam ser importante o tratamento recebido para o uso de SPA.

TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO OS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, EXCETO O ÁLCOOL. CURITIBA, 2018

(Continua)

VARIÁVEIS	Masculino		Feminino		Total	
	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)
Diagnóstico médico	0,342		0,046*		0,297	
F10.2+	34 (43,6)	(47,0)	5 (36,4)	(60,0)	39 (43,8)	(48,7)
F15.2++	14 (17,9)	(64,2)	3 (27,2)	-	17 (19,1)	(52,9)
F19.2+++	30 (38,5)	(63,3)	3 (36,4)	(100,0)	33 (37,1)	(66,6)
Número de tratamento para uso de SPA	0,021*		1,000		0,021*	
Zero	31 (39,7)	(38,7)	6 (54,5)	(50,0)	37 (41,5)	(40,5)
1– 7	22 (28,2)	(59,0)	2 (18,2)	(50,0)	24 (27,0)	(58,3)
> 7	25 (32,1)	(76,0)	3 (27,3)	(66,6)	28 (31,5)	(75,0)
Anos na vida do uso de substâncias ilícitas	0,085		0,740		0,081	
Zero	23 (29,5)	(39,1)	4 (36,4)	(50,0)	27 (30,3)	(40,7)
1 – 10anos	16 (20,5)	(75,0)	6 (54,5)	(66,6)	22 (24,8)	(72,7)
>10 anos	37 (47,5)	(56,7)	1 (9,1)	-	38 (42,7)	(55,2)
Não se aplica	2 (2,5)	-	0,0	-	2 (2,2)	-
Frequência de uso de substâncias ilícitas nos últimos seis meses	0,118		1,000		0,098	
Zero	30 (38,5)	(40,0)	4 (36,4)	(50,0)	34 (38,2)	(41,1)
Um a seis vezes na semana	16 (20,5)	(68,7)	1 (9,1)	(100,0)	17 (19,1)	(70,5)
Diariamente	29 (37,2)	(62,0)	6 (54,5)	(50,0)	35 (39,3)	(60,0)
Não se aplica	3 (3,8)	-	0,0	-	3 (3,4)	-
Frequência do uso de substâncias ilícitas nos últimos 30 dias	0,031*		1,000		0,045*	
0 – 3 dias	17 (21,8)	47,0	1 (9,0)	-	18 (20,3)	(44,4)
4 – 18 dias	13 (16,7)	92,3	5 (45,5)	(60,0)	18 (20,3)	(83,3)
19 – 30 dias	15 (19,2)	66,6	1 (9,0)	(100,0)	16 (17,9)	(68,7)
Não se aplica	33 (42,3)	-	4 (36,3)	-	37 (41,5)	-
Último dia de uso de substâncias ilícitas	0,394		0,600		0,338	
0 a 5 dias	20 (25,7)	(70,0)	2 (18,1)	(50,0)	22 (24,8)	(68,1)
6 a 30 dias	15 (19,2)	(80,0)	4 (36,4)	(75,0)	19 (21,3)	(78,9)
Não se aplica	43 (55,1)	-	5 (45,5)	-	48 (53,9)	-
Sintomas de abstinência da substância ilícita	0,670		0,600		0,795	
Não	8 (10,3)	(75,0)	2 (18,1)	(50,0)	10 (11,2)	(70,0)
Sim	27 (34,6)	(74,0)	4 (36,4)	(75,0)	31 (34,9)	(74,1)
Não se aplica	43 (55,1)	-	5 (45,5)	-	48 (53,9)	-
Abstinência há pelo menos um ano da substância ilícita	0,268		0,429		0,544	
Não	28 (32,9)	(57,1)	6 (54,5)	(66,6)	34 (38,2)	(58,8)
Sim	23 (29,5)	(69,5)	1 (9,0)	-	24 (26,9)	(66,6)

TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO OS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, EXCETO O ÁLCOOL. CURITIBA, 2018

(Continuação)

Não se aplica	27 (34,6)	-	4 (36,5)	-	31 (34,9)	-
Dificuldade de controle do uso de substância ilícita	0,383		0,600		0,361	
Não	5 (6,4)	(60,0)	2 (18,1)	(50,0)	7 (7,9)	(57,1)
Sim	30 (38,5)	(76,6)	4 (36,4)	(75,0)	34 (38,2)	(76,4)
Não se aplica	43 (55,1)	-	5 (45,5)	-	48 (53,9)	-
Problemas pelo uso da substância ilícita	0,351		0,200		0,111	
Não	9 (11,5)	(66,6)	3 (27,3)	(33,3)	12 (13,5)	(58,3)
Sim	25 (32,1)	(80,0)	3 (27,3)	(100,0)	28 (31,5)	(82,1)
Não se aplica	44 (56,4)	-	5 (45,4)	-	49 (55,0)	-
Fissura/desejo pela substância ilícita	0,172		0,714		0,214	
Não	18 (23,1)	(50,0)	2 (18,2)	(50,0)	20 (22,5)	(50,0)
Sim	34 (43,6)	(67,6)	5 (45,5)	(60,0)	39 (43,8)	(66,6)
Não se aplica	26 (33,3)	(61,5)	4 (36,3)	-	30 (33,7)	-
Preocupação/incomodação uso da substância ilícita	0,048*		0,600		0,092	
Nada	2 (2,6)	(100,0)	0,0	-	2 (2,2)	(100,0)
Levemente	2 (2,6)	-	0,0	-	2 (2,2)	-
Moderadamente	1 (1,3)	-	0,0	-	1 (1,1)	-
Consideravelmente	4 (5,1)	(100,0)	2 (18,2)	(50,0)	6 (6,8)	(83,3)
Extremamente	26 (33,3)	(69,2)	4 (36,3)	(75,0)	30 (33,8)	(70,0)
Não se aplica	43 (55,1)	-	5 (45,5)	-	48 (53,9)	-
Importância do tratamento para o uso da substância ilícita	0,407		-		0,347	
Nada	5 (6,4)	(40,0)	0,0	-	5 (5,6)	(40,0)
Levemente	1 (1,3)	-	0,0	-	1 (1,1)	-
Moderadamente	3 (3,8)	(66,6)	0,0	-	3 (3,4)	(66,6)
Consideravelmente	3 (3,8)	(100,0)	0,0	-	3 (3,4)	(100,0)
Extremamente	40 (51,4)	(61,7)	4 (36,4)	-	44 (49,4)	(61,7)
Não se aplica	26 (33,3)	-	7 (63,6)	-	33 (37,1)	-
Importância de alcançar a abstinência da substância ilícita	0,307		0,714		0,316	
Nada	6 (7,6)	(50,0)	2 (18,2)	(50,0)	8 (9,0)	(50,0)
Levemente	2 (2,6)	-	0,0	-	2 (2,2)	-
Moderadamente	1 (1,3)	(100,0)	0,0	-	1 (1,1)	(100,0)
Consideravelmente	2 (2,6)	(50,0)	0,0	-	2 (2,2)	(50,0)
Extremamente	41 (52,6)	(65,0)	5 (45,5)	(60,0)	46 (51,8)	(65,2)
Não se aplica	26 (33,3)	-	4 (36,3)	-	30 (33,7)	-
Idade do uso da maconha	0,635		0,571		0,804	
<14 anos	22 (28,2)	(59,0)	3 (27,3)	(100,0)	25 (28,1)	(64,0)
15 – 17 anos	20 (25,6)	(70,0)	1 (9,1)	-	21 (23,6)	(66,6)
>18 anos	18 (23,0)	(55,5)	3 (27,3)	(66,6)	21 (23,6)	(57,1)
Não se aplica	18 (23,0)	-	4 (36,3)	-	22 (24,7)	-
Anos de uso de maconha	0,506		0,333		0,550	

TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO OS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, EXCETO O ÁLCOOL. CURITIBA, 2018

(Conclusão)

Zero	20 (25,6)	(50,0)	4 (36,4)	(75,0)	24 (27,1)	(54,1)
2 – 10 anos	21 (26,9)	(66,6)	2 (18,1)	(100,0)	23 (25,8)	(69,5)
12 a 47 anos	18 (23,1)	(66,6)	1 (9,1)	-	19 (21,3)	(63,1)
Não se aplica	19 (24,4)	-	4 (36,4)	-	23 (25,8)	-
Idade de uso de Cocaína	0,416		0,257		0,133	
< 18 anos	20 (25,7)	(70,0)	2 (18,1)	(100,0)	22 (24,8)	(72,7)
18 – 25 anos	30 (38,5)	(60,0)	1 (9,1)	(100,0)	31 (34,8)	(61,2)
> 25 anos	9 (11,5)	(44,4)	4 (36,4)	(25,0)	13 (14,6)	(38,4)
Não se aplica	19 (24,3)	-	4 (36,4)	-	23 (25,8)	-
Anos de uso da cocaína	0,745		0,286		0,968	
Um	17 (21,8)	(70,5)	5 (45,5)	(40,0)	22 (24,7)	(63,6)
Dois	21 (27,0)	(57,1)	2 (18,1)	(100,0)	23 (25,8)	(60,8)
Três	20 (25,6)	(60,0)	0,0	-	20 (22,5)	(60,0)
Não se aplica	20 (25,6)	-	4 (36,4)	-	24 (27,0)	-
Problema Primário	0,228		0,608		0,431	
Álcool	41 (52,6)	(51,22)	5 (45,5)	(60,0)	46 (51,8)	(52,1)
Maconha	1 (1,3)		1 (9,0)		2 (2,2)	
Cocaína/Crack	35 (44,8)	(62,1)	5 (45,5)	(50,0)	40 (44,9)	(60,4)
Nenhum	1 (1,3)		0,0		1 (1,1)	
Problema secundário	0,383		0,576		0,49	
Cocaína/Crack	20 (25,6)		2 (18,1)		22 (24,7)	
Álcool	12 (15,4)		1 (9,1)		13 (14,7)	
Maconha	1 (1,3)	(60,6)	0,0	(66,6)	1 (1,1)	(61,1)
Outras substâncias	2 (2,6)		0,0		2 (2,2)	
Nenhuma	43 (55,1)	(54,5)	8 (81,8)	(50,0)	51 (57,3)	(53,8)
Problema terciário	0,143		0,667		0,228	
Maconha	5 (6,4)		1 (9,1)		6 (6,7)	
Crack/Cocaína	3 (3,9)	(37,5)	0,0	(100,0)	3 (3,4)	(44,4)
Nenhuma	70 (89,7)		10 (90,9)		80 (89,9)	
Idade do uso de tabaco	0,669		0,079		0,477	
< 13 anos	25 (32,0)	(56,0)	4 (36,4)	(100,0)	29 (32,6)	(62,0)
14 – 16 anos	24 (30,8)	(50,0)	4 (36,4)	(25,0)	28 (31,5)	(46,4)
> 16 anos	17 (21,8)	(64,7)	2 (18,1)	-	19 (21,3)	(57,8)
Não se aplica	12 (15,4)	-	1 (9,1)	-	13 (14,6)	-
Anos de uso do tabaco	0,489		1,000		0,504	
Até 12 anos	22 (28,2)	(63,6)	4 (36,4)	(50,0)	26 (29,2)	(61,5)
13 a 30 anos	22 (28,2)	(45,4)	2 (18,1)	(50,0)	24 (27,0)	(45,8)
Acima de 30 anos	20 (25,6)	(60,0)	4 (36,4)	(50,0)	24 (27,0)	(58,3)
Não se aplica	14 (18,0)	-	1 (9,1)	-	15 (16,8)	-
Histórico de overdose	0,323		0,455		0,111	
Sim	24 (30,8)	(66,6)	2 (18,2)	(100,0)	26 (29,2)	(69,2)
Não	54 (69,2)	(51,8)	9 (81,8)	(44,4)	63 (70,8)	(50,7)

FONTE: A Autora (2019).

+Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – síndrome de dependência.

++ Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína – síndrome de dependência.

+++ Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência.

*Valor de p no teste de qui-quadrado de *Pearson*.

* Valor de p no teste exato de *Fisher*.

Na análise inferencial houve significância estatística entre o número de tratamento para o uso de SPA e a não adesão à terapêutica medicamentosa, aqueles que tinham mais de sete tratamentos eram menos aderentes. Em 72,7% dos que não aderiam a terapêutica medicamentosa, tinham mais de um até 10 anos de uso de SPA, com frequência de uso nos últimos seis meses, de uma a seis vezes na semana (70,5%).

Pode-se verificar a significância estatística entre a não adesão e a frequência de uso nos últimos 30 dias em que 83,3% utilizou SPA de quatro a 18 dias, 82,1% dos que não aderiam, referiram ter problemas pelo uso da SPA e 70% estavam extremamente preocupados com o uso, nesta variável houve significância no sexo masculino. Aqueles que não aderiam a terapêutica medicamentosa, 72,7% iniciaram o uso de cocaína com menos de 18 anos de idade e 69,8% tiveram histórico de overdose. A razão de prevalência dessas variáveis está descrita na Tabela 17, com exceção da variável 'preocupação/incomodação com o uso da substância ilícita' devido a dispersão dos dados e 'problema terciário' em razão do baixo quantitativo.

TABELA 17 – RAZÃO DE PREVALÊNCIA (PR) TOTAL DE VARIÁVEIS DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, EXCETO O ÁLCOOL. CURITIBA, 2018

(Continua)

Problemas pelo uso da substância ilícita		0,428
Não	Referência	
Sim	1,40 (0,60; 3,28)	
Histórico de overdose		0,293
Não	Referência	
Sim	0,73 (0,41; 1,30)	
Número de tratamento para uso de SPA		
Zero	Referência	
1 - 7	1,43 (0,69; 2,98)	0,327
> 7	1,85 (0,95; 3,58)	0,069
Frequência do uso de substâncias ilícitas nos últimos 30 dias		
0 - 3 dias	Referência	
4 - 18 dias	1,87 (0,79; 4,42)	0,151
19 - 30 dias	1,54 (0,62; 3,84)	0,348

TABELA 17 – RAZÃO DE PREVALÊNCIA (PR) TOTAL DE VARIÁVEIS DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, EXCETO O ÁLCOOL. CURITIBA, 2018 (Conclusão)

Anos na vida do uso de substâncias ilícitas		
Zero	Referência	
1 – 10 anos	1,78 (0,82; 3,84)	0,139
> 10 anos	1,35 (0,65; 2,81)	0,413
Idade de uso de Cocaína		
< 18 anos	Referência	
18 – 25 anos	0,84 (0,43; 1,63)	0,614
> 25 anos	0,52 (0,19; 1,44)	0,214
Frequência de uso de substâncias ilícitas nos últimos seis meses		
Zero	Referência	
1 - 6 vezes na semana	1,71 (0,79; 3,70)	0,171
Diariamente	1,45 (0,74; 2,86)	0,275

FONTE: A Autora (2019).

^a razão de prevalência bruta com a Regressão de *Poisson*.

^b intervalo de confiança de 95%.

^c teste de *Wald*.

5.2.5 Caracterização dos transtornos relacionados ao álcool

Especificamente em relação ao transtornos relacionado ao álcool, (TABELA 18) 70 (78,7%) utilizavam essa substância há mais de um ano e em 40 (44,9%) a frequência do uso era diária, 34 (38,2%) referiam ter sintomas de abstinência, 48 (53,9%) fissura e 34 (38,2%) possuíam dificuldade de controle do uso.

Do total de participantes, 34 (38,2%) referiram ter problemas em decorrência do uso do álcool, 63 (70,8%) não participavam de grupo de ajuda mútua, 29 (32,6%) consideravam extrema sua preocupação com uso, 46 (51,7%) acreditavam ser importante o tratamento recebido para o uso do álcool, 49 (55,1%) consideravam ser importante alcançar a abstinência dessa substância.

TABELA 18 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO OS TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ÁLCOOL. CURITIBA, 2018

(Continua)

VARIÁVEIS	Masculino		Feminino		Total	
	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)
Anos na vida de uso de Álcool	0,313		0,558		0,186	
Zero	15 (19,2)	(66,6)	4 (36,3)	(50,0)	19 (21,3)	(63,1)
Um	19 (24,4)	(68,4)	3 (27,3)	(100,0)	22 (24,8)	(71,4)
Dois	17 (21,8)	(35,2)	2 (18,2)	(33,3)	19 (21,3)	(35,0)
Três	9 (11,5)	(55,5)	1 (9,1)	0,0	10 (11,3)	(50,0)
Quatro ou mais	18 (23,1)	(55,5)	1 (9,1)	(100,0)	19 (21,3)	(57,8)
Frequência do uso de álcool	0,731		0,636		0,671	
Sem uso	18 (23,1)	(44,4)	4 (36,4)	(50,0)	22 (24,8)	(45,5)
1-3 vezes por mês	8 (10,3)	(50,0)	0,0	0,0	8 (9,0)	(50,0)
1-2 vezes por semana	7 (9,0)	(57,1)	2 (18,1)	(100,0)	9 (10,1)	(66,6)
3-6 vezes por semana	9 (11,5)	(55,5)	1 (9,1)	0,0	10 (11,2)	(50,0)
Diariamente	36 (46,1)	(63,8)	4 (36,4)	(50,0)	40 (44,9)	(62,5)
Último dia de uso do álcool	0,281		1,000		0,119	
Há um dia	16 (20,5)	(56,2)	1 (9,1)	-	17 (19,1)	(52,9)
Até uma semana	16 (20,5)	(62,5)	3 (27,3)	(33,3)	19 (21,4)	(57,8)
Duas semanas	13 (16,7)	(84,6)	1 (9,1)	(100,0)	14 (15,7)	(85,7)
Não se aplica	33 (42,3)	-	6 (54,5)	-	39 (43,8)	-
Sintomas de abstinência do	0,461		0,700		0,631	
Não	14 (18,0)	(71,4)	2 (18,2)	(50,0)	16 (18,0)	(68,7)
Sim	31 (39,7)	(64,2)	3 (27,3)	(33,3)	34 (38,2)	(61,7)
Não se aplica	33 (42,3)	-	6 (54,5)	-	39 (43,8)	-
Grupo de Ajuda Mútua	0,331		0,545		0,513	
Não	55 (70,5)	(52,7)	8 (72,7)	(62,5)	63 (70,8)	(53,9)
Sim	243	(65,2)	3 (27,3)	(33,3)	26 (29,2)	(61,5)
Dificuldade de controle do uso de Álcool	0,626		0,600		0,880	
Não	15 (19,3)	(66,6)	1 (9,1)	-	16 (18,0)	(62,5)
Sim	30 (38,4)	(66,6)	4 (36,4)	(50,0)	34 (38,2)	(64,7)
Não se aplica	33 (42,3)	-	6 (54,5)	-	39 (43,8)	-
Problemas pelo uso do álcool	0,282		0,300		0,157	
Não	14 (18,0)	(57,1)	2 (18,2)	-	16 (18,0)	(50,0)
Sim	31 (39,7)	70,9)	3 (27,3)	(66,6)	34 (38,2)	(70,5)
Não se aplica	33 (42,3)	-	6 (54,5)	-	39 (43,8)	-
Fissura/desejo por álcool	0,589		0,608		0,906	
Não	34 (43,6)	(55,8)	6 (54,5)	(50,0)	40 (45,0)	(55,0)
Sim	43 (55,1)	(55,8)	5 (45,5)	(60,0)	48 (53,9)	(56,2)
Não se aplica	1 (1,3)	-	0,0	-	1 (1,1)	-
Preocupação/incomodação uso de álcool	0,906		0,500		0,714	
Nada	3 (3,8)	(66,6)	0,0	-	3 (3,4)	(66,6)
Levemente	2 (2,6)	(50,0)	0,0	-	2 (2,2)	(50,0)

TABELA 18 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO OS TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ÁLCOOL. CURITIBA, 2018

	(Conclusão)					
Moderadamente	5 (6,4)	(80,0)	1 (9,1)	(100,0)	6 (6,8)	(83,3)
Consideravelmente	5 (6,4)	(60,0)	0,0	-	5 (5,6)	(60,0)
Extremamente	26 (33,4)	(53,8)	3 (27,3)	(50,0)	29 (32,6)	(51,7)
Não se aplica	37 (47,4)	-	7 (63,6)	-	44 (49,4)	-
Importância do tratamento para o álcool	0,707		0,652		0,748	
Nada	26 (33,3)	(61,5)	4 (36,4)	(50,0)	30 (33,7)	(60,0)
Levemente	1 (1,3)	-	0,0	-	1 (1,1)	-
Moderadamente	4 (5,2)	(75,0)	0,0	-	4 (4,5)	(75,0)
Consideravelmente	8 (10,3)	(62,5)	0,0	-	8 (9,0)	(62,5)
Extremamente	39 (50,0)	(51,2)	7 (63,6)	(57,1)	46 (51,7)	(52,1)
Importância de alcançar a abstinência do álcool	0,655		0,652		0,713	
Nada	23 (29,5)	(60,8)	4 (36,4)	(50,0)	27 (30,3)	(59,2)
Levemente	1 (1,3)	(100,0)	0,0	-	1 (1,1)	(100,0)
Moderadamente	5 (6,4)	(80,0)	0,0	-	5 (5,6)	(80,0)
Consideravelmente	7 (9,0)	(57,1)	0,0	-	7 (7,9)	(57,1)
Extremamente	42 (53,8)	(50,0)	7 (63,6)	(51,1)	49 (55,1)	(51,0)

FONTE: A Autora (2019).

Na análise inferencial, se verifica que a maioria dos que não aderem a terapêutica medicamentosa (71,4%), utilizaram álcool por pelo menos um ano e 85,7% utilizaram essa substância pela última vez há pelo menos duas semanas e 70,5% dos que não seguiam regularmente a terapêutica medicamentosa proposta, referiram ter problemas com o uso do álcool. A Tabela 19 ilustra a razão de prevalência com o desfecho e os transtornos relacionados ao álcool.

TABELA 19 – RAZÃO DE PREVALÊNCIA (PR) TOTAL DE VARIÁVEIS DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ÁLCOOL. CURITIBA, 2018

(Continua)

	RP ^a (IC95%) ^b	Valor de p ^c
Problemas pelo uso do álcool		0,398
Não	Referência	
Sim	1,41 (0,63; 3,14)	
Anos na vida de uso de Álcool		
Zero	Referência	
Um	1,13 (0,52; 2,41)	0,751
Dois	0,55 (0,21; 1,40)	0,215
Três	0,79 (0,27; 2,24)	0,661
Quatro ou mais	0,91 (0,40; 2,07)	0,835
Último dia de uso do álcool		

TABELA 19 – RAZÃO DE PREVALÊNCIA (PR) TOTAL DE VARIÁVEIS DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ÁLCOOL. CURITIBA, 2018

(Conclusão)

Há um dia	Referência	
Até uma semana	1,09 (0,45; 2,63)	0,842
Duas semanas	1,61 (0,68; 3,84)	0,275

FONTE: A Autora (2019).

^a razão de prevalência bruta com a Regressão de *Poisson*.

^b intervalo de confiança de 95%.

^c teste de *Wald*.

5.2.6 Caracterização farmacoterapêutica

Para a caracterização farmacoterapêutica, a apresentação foi categorizada em caracterização da adesão à terapêutica medicamentosa, caracterização da terapêutica medicamentosa e nível de conhecimento da terapêutica medicamentosa.

5.2.6.1 Caracterização da (não)adesão à terapêutica medicamentosa

As variáveis do MAT foram dicotomizadas em ‘nunca’ e ‘sim’ e posteriormente submetidas a análise inferencial. A Tabela 20 apresenta a significância estatística em todas as variáveis com o desfecho. Do total dos que não aderiram a terapêutica medicamentosa, 71,4% já haviam esquecido de tomar a medicação e 73% já se descuidaram com o horário. Em 75% dos participantes que não eram aderentes, pararam de utilizar a medicação por se sentir melhor e 88,5% por se sentir pior.

Dos que não aderiram a medicação, 72% aumentaram a dose por não se sentir bem, 83,7% interrompeu o tratamento por deixar a medicação terminar e 79,5% deixou de tomar a medicação por qualquer outra razão não especificada.

TABELA 20 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO DE ACORDO COM VARIÁVEIS DICOTOMIZADAS DO MAT. CURITIBA, 2018

VARIÁVEIS	Masculino		Feminino		Total	
	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)
Esqueceu de tomar	0,000*		0,182		0,000*	
Nunca	24 (30,7)	(20,8)	2 (27,3)	0	26 (29,3)	(19,2)
Sim	54 (69,3)	72,2)	9 (72,7)	(66,6)	63 (70,7)	(71,4)
Descuidou com horário	0,000*		0,424		0,000*	
Nunca	23 (29,5)	(13,0)	3 (27,7)	(33,3)	26 (29,3)	(15,3)
Sim	55 (70,5)	(74,5)	8 (72,7)	(62,5)	63 (70,7)	(73,0)
Deixou de tomar as medicações por se sentir melhor	0,000*		0,242		0,000*	
Nunca	29 (37,1)	(24,1)	4 (36,3)	(25,0)	33 (37,0)	(24,2)
Sim	49 (62,9)	(75,5)	7 (63,7)	(71,4)	56 (63,0)	(75,0)
Deixou de tomar as medicações por se sentir pior	0,000*		0,045*		0,000*	
Nunca	47 (60,2)	(36,1)	7 (63,7)	(28,5)	54 (60,6)	(35,1)
Sim	31 (39,8)	(87,1)	4 (36,3)	(100,0)	35 (39,4)	(88,5)
Aumentou a dose após se sentir pior	0,019*		0,067		0,003*	
Nunca	41 (52,5)	(43,9)	5 (45,5)	(20,0)	46 (51,6)	(41,3)
Sim	37 (47,5)	(70,2)	6 (54,5)	(83,3)	43 (48,4)	(72,0)
Interrompeu o tratamento por deixar as medicações acabar	0,000*		0,175		0,000*	
Nunca	46 (58,9)	(36,9)	6 (54,5)	(33,3)	52 (58,4)	(36,5)
Sim	32 (41,1)	(84,3)	5 (45,5)	(80,0)	37 (41,6)	(83,7)
Deixou de tomar as medicações por qualquer outra razão	0,000*		0,067		0,000*	
Nunca	35 (44,8)	(28,5)	5 (45,5)	(20,0)	40 (44,9)	(27,5)
Sim	43 (55,2)	79,0)	6 (54,5)	(83,3)	49 (55,1)	(79,5)
TOTAL DE ADESÃO						
Adere	34 (43,6)	-	5 (45,5)	-	39 (43,8)	-
Não adere	44 (56,4)	-	6 (54,5)	-	50 (56,2)	-

FONTE: A Autora (2019).

Na razão de prevalência (TABELA 21) das variáveis dicotomizadas do MAT, aqueles que esqueceram de tomar a medicação fizeram 0,45 vezes mais que aqueles que nunca esqueceram e aqueles que descuidavam do horário, fizeram 3,74 mais que aqueles que aqueles nunca descuidavam do horário.

Aqueles que deixaram de tomar a medicação por se sentir melhor, fizeram 2,09 vezes mais que aqueles que nunca deixaram de tomar a medicação por se sentir

melhor, e que deixaram a medicação por se sentir pior foram 1,51 vezes mais que os aderentes.

É possível verificar ainda que aqueles que aumentaram a dose da terapêutica prescrita após se sentir pior fizeram 0,74 vezes mais que aqueles que nunca fizeram. E aqueles que interromperam o tratamento por deixar a medicação terminar, fizeram 1,29 vezes mais que os que nunca fizeram. E por fim, aqueles que deixaram de tomar a medicação por qualquer outra razão, fizeram 1,89 vezes mais que aqueles que nunca deixaram.

TABELA 21 – RAZÃO DE PREVALÊNCIA (RP) TOTAL DAS VÁRIÁVEIS DICOTOMIZADAS DO MAT. CURITIBA, 2018

(Continua)

	RP ^a (IC95%) ^b	Valor de p ^c
Esqueceu de tomar medicação		0,009*
Nunca	Referência	
Sim	1,45 (0,25; 0,82)	
Descuidou com horário		0,003*
Nunca	Referência	
Sim	4,74 (1,70; 13,1)	
Deixou de tomar as medicações por se sentir melhor		0,003*
Nunca	Referência	
Sim	3,09 (1,45; 6,58)	
Deixou de tomar as medicações por se sentir pior		0,002*
Nunca	Referência	
Sim	2,51 (1,42; 4,45)	
Aumentou a dose após se sentir pior		0,056*
Nunca	Referência	
Sim	1,74 (0,98; 3,08)	
Interrompeu o tratamento por deixar as medicações acabar		0,004*
Nunca	Referência	
Sim	2,29 (1,29; 4,05)	
Deixou de tomar as medicações por qualquer outra razão		0,002*
Nunca	Referência	
Sim	2,89 (1,48; 5,65)	

FONTE: A Autora (2019).

^a razão de prevalência bruta com a Regressão de *Poisson*.

^b intervalo de confiança de 95%.

^c teste de *Wald*.

5.2.6.2 Caracterização da terapêutica medicamentosa

Na caracterização farmacoterapêutica, (TABELA 22), observa-se que 70 (78,7%), adquiriam a medicação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 45 (50,6%) possuíam alguma dificuldade em conseguir o fármaco, entre as dificuldades mais citadas, destaca-se a falta na rede de saúde 33 (37,1%).

Quando questionado sobre a motivação para a continuidade do tratamento, 74 (83,1%) responderam positivamente. Do total, 64 (67,4%) dos participantes, referiram cuidar sozinho da própria medicação, e 54 (60,7%) recebiam incentivo familiar para a continuidade do tratamento medicamentoso.

Um quantitativo de 74 (83,1%) possuía mais de uma medicação prescrita, sendo que a quantidade de medicação foi considerada somente aquelas prescritas no CAPS AD III, não foram contabilizadas aquelas prescritas em outros serviços de saúde. As classes medicamentosas mais citadas foram os estabilizadores de humor 59 (68,6%), seguida de antipsicóticos 39 (45,3%) e a não adesão foi maior entre os benzodiazepínicos (66,6%).

TABELA 22 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO A CARACTERIZAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA. CURITIBA, 2018

(Continua)

VARIÁVEIS	Masculino		Feminino		Total	
	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)
De que maneira consegue a medicação	0,069		1,000		0,077	
CAPS	13 (16,7)	(84,6)	0,0	-	13 (14,6)	(84,6)
Unidade Básica de Saúde	60 (76,8)	(51,6)	10 (90,9)	(50,0)	70 (78,7)	(51,4)
Farmácia pública	1 (1,3)	-	0,0	-	1 (1,1)	-
Recurso próprio	2 (2,6)	(50,0)	1 (9,1)	(100,0)	3 (3,4)	(66,6)
Não respondeu	2 (2,6)	(50,0)	0,0	-	2 (2,2)	(50,0)
Dificuldade em conseguir a medicação	0,556		0,652		0,881	
Sim	35 (44,8)	(57,1)	6 (54,5)	(57,1)	42 (47,2)	(57,1)
Não	41 (52,6)	(56,1)	5 (45,5)	(50,0)	45 (50,6)	(55,5)
Não respondeu	2 (2,6)	-	0,0	-	2 (2,2)	-
Qual dificuldade?	0,772		1,000		0,644	
Estava em falta	28 (35,9)	(60,7)	5 (45,5)	(60,0)	33 (37,1)	(60,6)

TABELA 22 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO A CARACTERIZAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA. CURITIBA, 2018 (Conclusão)

Não tinha dinheiro para comprar	3 (3,8)	(33,3)	1 (9,1)	(100,0)	4 (4,5)	(50,0)
Não conseguiu a receita	1 (1,3)	(100,0)	0,0	-	1 (1,1)	(100,0)
Outra	3 (3,8)	(33,3)	1 (9,1)	-	4 (4,5)	(25,0)
Não se aplica	43 (55,2)	(55,8)	4 (36,3)	(50,0)	47 (52,8)	(55,3)
Sente-se motivado com o tratamento	<i>0,212</i>		<i>1,000</i>		<i>0,104</i>	
Sim	64 (82,1)	(53,1)	10 (90,9)	(50,0)	74 (83,1)	(52,7)
Não	12 (15,3)	(75,0)	1 (9,1)	(100,0)	13 (14,7)	(76,9)
Não respondeu	2 (2,6)	-	0,0	-	2 (2,2)	-
Cuida sozinho da medicação	<i>0,896</i>		<i>1,000</i>		<i>1,000</i>	
Sim	57 (73,1)	(57,8)	7 (63,6)	(42,8)	64 (67,4)	(56,2)
Não	19 (24,3)	(52,6)	3 (27,3)	(66,6)	22 (29,2)	(54,5)
Não respondeu	2 (2,6)	(50,0)	1 (9,1)	(100,0)	3 (3,4)	(66,6)
Quem ajuda?	<i>0,466</i>		<i>0,576</i>		<i>0,492</i>	
Familiar	14 (17,9)	(64,2)	3 (27,3)	(66,6)	17 (19,1)	(64,7)
Profissionais do CAPS	6 (7,7)	(33,3)	0,0	-	6 (6,7)	(33,3)
Não se aplica	58 (74,4)	-	8 (72,7)	-	66 (74,2)	-
Há incentivo da família no tratamento medicamentoso	<i>0,242</i>		<i>0,576</i>		<i>0,480</i>	
Sim	46 (59,0)	(60,8)	8 (72,7)	(50,0)	54 (60,7)	(59,2)
Não	30 (38,4)	(50,0)	3 (27,3)	(66,6)	33 (37,1)	(51,5)
Não respondeu	2 (2,6)	-	0,0	-	2 (2,2)	-
Quantidade de medicação prescrita	<i>0,637</i>		<i>0,740</i>		<i>0,744</i>	
Um	15 (19,3)	(46,6)	0,0	-	15 (16,9)	(46,6)
Dois	14 (17,9)	(50,0)	2 (18,2)	(50,0)	16 (18,0)	(50,0)
Três	21 (26,9)	(66,6)	5 (45,5)	(40,0)	26 (29,1)	(61,4)
Quatro ou mais	28 (35,9)	(57,1)	4 (36,3)	(75,0)	32 (36,0)	(59,3)
Classe medicamentosa	<i>0,089</i>		<i>1,000</i>		<i>0,138</i>	
Benzodiazepínicos	24 (31,5)	(70,8)	6 (60,0)	(50,0)	30 (34,8)	(66,6)
Antidepressivo	<i>0,458</i>		<i>0,738</i>		<i>0,752</i>	
	27 (35,5)	(59,2)	4 (40,0)	(50,0)	31 (36,0)	(58,0)
Estabilizador do humor	<i>0,397</i>		<i>0,262</i>		<i>0,333</i>	
	52 (69,7)	(58,4)	6 (60,0)	(66,6)	59 (68,6)	(59,3)
Antipsicóticos	<i>0,355</i>		<i>0,500</i>		<i>0,441</i>	
	36 (47,3)	(50,0)	3 (30,0)	(66,6)	39 (45,3)	(51,2)
Vitamina	<i>0,568</i>		<i>0,500</i>		<i>0,525</i>	
	25 (32,8)	(56,0)	3 (30,0)	(66,6)	28 (32,5)	(57,1)

FONTE: A Autora (2019).

Na análise inferencial pode-se verificar que 51,4% dos que não aderem a terapêutica medicamentosa obtinham a medicação na UBS e 57,7% possuía alguma dificuldade em conseguir a medicação. Aqueles que cuidavam sozinhos do esquema terapêutico, 56,2% não eram aderentes e apesar de referir estarem motivado para continuar o tratamento medicamentoso e receber incentivo familiar, 52,7% e 59,2% não eram aderentes respectivamente.

Quanto a quantidade de medicação prescrita, é possível verificar que quanto mais medicação, maior é a não adesão. E em todas as classes medicamentosas a não adesão foi superior a 50% dos participantes. A regressão logística das variáveis que obtiveram $p < 0,2$ está descrita na Tabela 23. Não foi possível realizar a regressão logística da variável 'De que maneira consegue a medicação' devido a dispersão dos dados.

TABELA 23 – RAZÃO DE PREVALÊNCIA (RP) TOTAL SEGUNDO A CARACTERIZAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA. CURITIBA, 2018

VARIÁVEL	RP ^a (IC95%) ^b	Valor de p ^c
Sente-se motivado com o tratamento		0,286
Sim	Referência	
Não	1,45 (0,72; 2,92)	
Benzodiazepínicos		0,326
Não	Referência	
Sim	1,33 (0,75; 2,36)	

FONTE: A Autora (2019).

^a razão de prevalência bruta com a Regressão de *Poisson*.

^b intervalo de confiança de 95%.

^c teste de *Wald*.

5.2.6.3 Caracterização do nível de conhecimento e complexidade da terapêutica medicamentosa

Na Tabela 24 pode-se verificar variáveis referentes ao conhecimento dos participantes sobre a sua terapêutica medicamentosa e para confrontar as informações fornecidas nas entrevistas foi avaliado o prontuário dos participantes e o

bulário eletrônico da ANVISA. Um quantitativo de 56 (62,9%) sabiam responder o nome da medicação prescrita, 51 (57,3%) souberam responder qual era a indicação terapêutica.

Em relação a resposta correta, a maioria soube responder sobre o modo de uso, 82 (92,1%), o tempo de uso da medicação, 63 (70,8%) o que fazer caso ocorra de se esquecer, 61 (68,5%) e se havia alguma restrição associada ao uso da medicação, 52 (58,4%).

No que se refere a dose, o horário da administração da medicação e se havia reações desagradáveis, a maioria das pessoas não responderam corretamente (45 (50,6%), 47 (52,8%) e 54 (60,7%).

Mesmo havendo muitos erros nas respostas, a maioria 60 (67,5%) respondeu que não necessita de informações sobre a terapêutica medicamentosa, sentiam-se satisfeito com o que já sabiam. Para aqueles que necessitavam de informações, 20 (22,5%) precisavam saber sobre o modo de administrar a medicação, 18 (20,2%) sobre o tempo de uso, 20 (22,5%) sobre quais reações adversas a medicação pode apresentar e 19,1% sobre interação medicamentosa.

O escore sobre o nível de conhecimento dos participantes sobre a terapêutica medicamentosa foi alto em 55 (61,8%), o escore do nível de utilização segura foi insuficiente e regular em 34 (38,2%) em ambos os casos e o escore do nível de complexidade foi alto em 64 (71,9%) das prescrições.

TABELA 24 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO O NÍVEL DE CONHECIMENTO E COMPLEXIDADE DA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2018 (Continua)

VARIÁVEIS	Masculino		Feminino		Total	
	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)
Nome do medicamento	0,486		0,652		0,518	
Não soube responder	29 (37,2)	(62,0)	4 (36,4)	(50,0)	33 (37,1)	(60,6)
Soube responder	49 (62,8)	(53,0)	7 (63,6)	(57,1)	56 (62,9)	(53,7)
Indicação terapêutica	0,103		0,424		0,252	
Não soube responder	35 (44,9)	(65,7)	3 (27,3)	(33,3)	38 (42,7)	(63,1)
Soube responder	43 (55,1)	(48,8)	8 (72,7)	(62,5)	51 (57,3)	(50,9)
Dose da medicação	0,488		0,608		0,904	
Não soube responder	40 (51,3)	(55,0)	5 (45,5)	(60,0)	45 (50,6)	(55,5)

TABELA 24 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO O NÍVEL DE CONHECIMENTO E COMPLEXIDADE DA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2018

(Continuação)

Soube responder	38 (48,7)	(57,8)	6 (54,5)	(50,0)	44 (49,4)	(56,8)
Horário da administração	0,558		0,576		0,799	
Não soube responder	44 (56,4)	(56,8)	3 (27,3)	(66,6)	47 (52,8)	(57,4)
Soube responder	34 (43,6)	(55,8)	8 (72,7)	(50,0)	42 (47,2)	(54,7)
Tempo de uso da medicação	0,457		0,392		0,513	
Não soube responder	20 (25,6)	(60,0)	6 (54,5)	(66,6)	26 (29,2)	(61,5)
Soube responder	58 (74,4)	(55,1)	5 (45,5)	(40,0)	63 (70,8)	(53,9)
Modo de uso	0,336		-		0,397	
Não soube responder	7 (9,0)	(71,4)	0,0	0,0	7 (7,9)	(71,4)
Soube responder	71 (91,0)	(54,9)	11 (100)	(54,5)	82 (92,1)	(54,8)
O que fazer caso esquecer de tomar	0,231		0,727		0,209	
Não soube responder	26 (33,3)	(46,1)	2 (18,2)	(50,0)	28 (31,5)	(46,4)
Soube responder	52 (66,7)	(61,5)	9 (81,8)	(55,5)	61 (68,5)	(60,6)
Há alguma restrição associada ao uso da medicação	0,246		1,000		0,164	
Não soube responder	32 (41,0)	(65,6)	5 (45,5)	(60,0)	37 (41,6)	(64,8)
Soube responder	46 (59,0)	(50,0)	6 (54,5)	(50,0)	52 (58,4)	(50,0)
Reações desagradáveis	0,303		0,727		0,467	
Não soube responder	44 (56,4)	(60,0)	9 (81,8)	(55,5)	54 (60,7)	(59,2)
Soube responder	33 (42,3)	(51,2)	2 (18,2)	(50,0)	35 (39,3)	(51,4)
Já apresentou alguma reação adversa	0,419		-		0,423	
Sim	35 (44,9)	(57,1)	2 (18,2)	0,0	37 (41,7)	(56,7)
Não	3 (3,8)	(33,3)	0	0,0	3 (3,3)	(33,3)
Não se aplica	40 (51,3)	-	9 (81,8)	-	49 (55,0)	-
Necessita de mais informações sobre o tratamento medicamentoso	0,149		0,348		0,116	
Sim	24 (30,7)	(66,6)	4 (36,4)	(75,0)	28 (31,5)	(67,8)
Não	53 (67,9)	(50,9)	7 (63,6)	(42,8)	60 (67,5)	(50,0)
Não respondeu	1 (1,28)	-	0,0	-	-	-
Como tomar a medicação	0,334		0,750		0,429	
Sim	17 (21,8)	(70,5)	3 (27,3)	(66,6)	20 (22,5)	(70,0)
Não	6 (7,7)	(50,0)	1 (9,1)	(100,0)	7 (7,8)	(57,1)
Não se aplica	55 (70,5)	-	7 (63,6)	-	62 (69,7)	-
Tempo de uso	0,596		0,750		0,661	
Sim	15 (19,2)	(66,6)	3 (27,3)	(66,6)	18 (20,2)	(66,6)
Não	8 (10,3)	(62,5)	1 (9,1)	(100,0)	9 (10,1)	(66,6)
Não se aplica	55 (70,5)	-	7 (63,6)	-	62 (69,7)	-
Reação adversa	0,050*		0,750		0,036*	
Sim	17 (21,8)	(52,9)	3 (27,3)	(66,6)	20 (22,5)	(55,0)
Não	6 (7,7)	(100,0)	1 (9,1)	(100,0)	7 (7,8)	(100,0)
Não se aplica	55 (70,5)	-	7 (63,6)	-	62 (69,7)	-
Interação medicamentosa	0,596		0,500		0,561	
Sim	15 (19,2)	(66,6)	2 (18,2)	(50,0)	17 (19,1)	(64,7)
Não	8 (10,3)	(62,5)	2 (18,2)	(100,0)	10 (11,2)	(70,0)

TABELA 24 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO O NÍVEL DE CONHECIMENTO E COMPLEXIDADE DA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2018
(Conclusão)

Não se aplica	55 (70,5)	-	7 (63,6)	-	62 (69,7)	-
Escore do nível de conhecimento	0,525		0,608		0,965	
Baixo	29 (37,2)	(55,1)	5 (45,5)	(60,0)	34 (38,2)	(55,8)
Alto	49 (62,8)	(57,1)	6 (54,5)	(50,0)	55 (61,8)	(56,3)
Escore do nível de utilização segura	0,900		0,676		0,995	
Insuficiente	29 (37,2)	(55,1)	5 (45,4)	(60,0)	34 (38,2)	(55,8)
Regular	31 (39,7)	(54,8)	3 (27,3)	(66,7)	34 (38,2)	(55,8)
Bom	18 (23,1)	(61,1)	3 (27,3)	(33,3)	21 (23,6)	(57,1)
Escore do Nível de complexidade	0,067		0,455		0,055*	
Baixa	24 (30,8)	(41,6)	1 (9,1)	0,0	25 (28,1)	(40,0)
Alta	54 (69,2)	(62,9)	10 (90,9)	(60,0)	64 (71,9)	(62,5)

FONTE: A Autora (2019).

Na análise inferencial, verifica-se uma relação com o desfecho em que a maioria dos que não souberam responder todas as perguntas também não eram aderentes, com exceção da variável 'O que fazer caso esquecer de tomar a medicação'.

Pode-se identificar significância estatística entre a pergunta sobre reação adversa e a não adesão a medicação e o nível de complexidade. A Tabela 25 ilustra a regressão logística das variáveis com o $p < 0,2$.

TABELA 25 – RAZÃO DE PREVALÊNCIA (RP) TOTAL SEGUNDO NÍVEL DE CONHECIMENTO E COMPLEXIDADE DA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2018
(Continua)

VARIÁVEL	RP ^a (IC95%) ^b	Valor de p ^c
Há alguma restrição associada ao uso da medicação		0,358
Não	0,77 (0,44; 1,34)	
Sim	Referência	
Indicação terapêutica		0,325
Não soube responder	Referência	
Soube responder	0,74 (0,41; 1,34)	
Necessita de mais informações sobre o tratamento medicamentoso		0,298
Não	Referência	
Sim	0,73 (0,41; 1,30)	
Pergunta reação adversa		0,216
Não	Referência	
Sim	1,81 (0,70; 4,69)	

TABELA 25 – RAZÃO DE PREVALÊNCIA SEGUNDO NÍVEL DE CONHECIMENTO E COMPLEXIDADE DA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2018
(Conclusão)

Escore do Nível de complexidade		0,207
Baixo	Referência	
Alto	1,56 (0,78; 3,12)	

FONTE: A Autora (2019).

^a razão de prevalência bruta com a Regressão de *Poisson*.

^b intervalo de confiança de 95%.

^c teste de *Wald*.

5.2.7 Caracterização dos aspectos legais

Com relação aos aspectos legais (TABELA 26), 51(57,3%) dos participantes tinham algum histórico de prisão, mas no momento da entrevista a maioria não apresentava problemas com a justiça criminal, fato que se pode perceber quando perguntado sobre a gravidade dos problemas com a justiça criminal 71 (79,8%) declararam ser nada.

Na análise inferencial (TABELA 27), desses que tiveram histórico de prisão, 50,0% não aderiam a medicação, não foi realizado regressão logística devido baixo quantitativo de respostas positivas em relação as variáveis 'investigado em inquérito policial e liberdade condicional.

TABELA 26 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO OS ASPECTOS LEGAIS. CURITIBA, 2018

(Continua)

VARIÁVEIS	Masculino		Feminino		Total	
	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)	N (%)	NÃO ADESÃO (%)
Histórico de prisão	0,641		0,348		0,310	
Não	31 (39,7)	(51,6)	7 (63,6)	(42,8)	38 (42,7)	(50,0)
Sim	47 (60,3)	(59,7)	4 (36,4)	(75,0)	51 (57,3)	(60,7)
Idade da primeira prisão	0,816		1,000		0,649	
< 18 anos	17 (21,9)	(58,8)	1 (9,1)	(100,0)	18 (20,2)	(61,1)
19 – 25 anos	15 (19,2)	(66,6)	1 (9,1)	(100,0)	16 (18,0)	(68,7)
> 26 anos	15 (19,2)	(53,3)	2 (18,2)	(50,0)	17 (19,1)	(52,9)
Não se aplica	31 (39,7)	-	7 (63,6)	-	38 (42,7)	-

TABELA 26 – DISTRIBUIÇÃO DESCRITIVA POR SEXO SEGUNDO OS ASPECTOS LEGAIS.
CURITIBA, 2018 (Conclusão)

Admissão por determinação judicial	0,564		-		0,374	
Não	77 (98,7)	(55,9)	11 (100)	(54,5)	88 (98,9)	(55,6)
Sim	1 (1,3)	(100,0)	0,0	0,0	1 (1,1)	(100,0)
Investigado em inquérito policial	0,192		-		0,194	
Não	76 (97,4)	(57,3)	11 (100)	(54,5)	87 (97,8)	(56,9)
Sim	2 (2,6)	0,0	0,0	0,0	2 (2,2)	0,0
Suspensão condicional do processo	-		-		-	
Não	78 (100,0)	-	11 (100)	-	89 (100)	-
Sim	0 (0,0)	-	0,0	-	0,0	-
Aguardando julgamento ou sentença	0,309		-		0,307	
Não	76 (97,4)	(54,6)	11 (100)	(54,5)	87 (97,8)	(54,6)
Sim	2 (2,6)	(100,0)	0,0	0,0	2 (2,2)	(100)
Liberdade condicional	0,192		-		0,194	
Não	76 (97,4)	(57,3)	11 (100)	(54,5)	87 (97,8)	(56,9)
Sim	2 (2,6)	0,0	0,0	0,0	2 (2,2)	0,0
Programa de justiça terapêutica	0,442		-		0,443	
Não	76 (97,4)	(56,5)	11 (100)	0	87 (97,8)	(56,3)
Sim	2 (2,6)	0,0	0,0	0,0	2 (2,2)	0,0
Gravidade dos problemas com a justiça criminal	0,888		0,545		0,815	
Nada	61 (78,2)	(55,7)	10 (90,9)	(50,0)	71 (79,8)	(54,9)
Levemente	4 (5,1)	(75,0)	0,0	0,0	4 (4,5)	(75,0)
Moderadamente	1 (1,3)	(100,0)	0,0	0,0	1 (1,1)	(100,0)
Consideravelmente	5 (6,4)	(60,0)	1 (9,1)	(100,0)	6 (6,7)	(66,6)
Extremamente	7 (9,0)	(42,8)	0,0	0,0	7 (7,9)	(42,8)

FONTE: A Autora (2019).

5.2.8 Escala de gravidade de dependência

Ao analisar as diferentes dimensões estabelecidas no ASI-6 na Tabela 27, percebe-se que os participantes que não aderiam a terapêutica medicamentosa tiveram a média mais elevadas que aqueles que aderiam com exceção de apenas três subgrupos, médica, família/criança e família/suporte social, ou seja aqueles que não eram aderentes possuíam mais problemas relacionados ao uso de substância psicoativa que aqueles que realizavam o tratamento de maneira correta. Houve significância estatística nos subgrupos drogas, legal e família/suporte social.

TABELA 27 – PONTUAÇÃO NA ESCALA DE GRAVIDADE DE DEPENDÊNCIA (ASI-6) POR ADESÃO E NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. CURITIBA, 2018

Subescalas do ASI-6	Adesão	Não adesão	p-valor*
Drogas	40,4 ± 9,7	45,6 ± 10,5	0,0146*
Álcool	51,5 ± 10,4	54,7 ± 12,2	0,2244
Psicológica/Psiquiátrica	49,2 ± 10,2	51,2 ± 8,6	0,2911
Médica	46,9 ± 10,5	45,7 ± 10,8	0,4180
Legal	46,5 ± 2,2	49,2 ± 6,1	0,0126*
Emprego/Sustento	37,0 ± 3,8	38,2 ± 3,4	0,0600
Família/criança	62,4 ± 8,5	55,6 ± 9,5	0,1441
Família/suporte social	39,5 ± 6,3	36,2 ± 7,1	0,0133*
Família/problema social	50,1 ± 8,7	52,6 ± 9,9	0,2242

* teste *Mann-Whitney*

Ao analisar a taxa de confiabilidade do ASI-6, pode-se verificar que 2 (2,3%) foi ruim, 16 (17,9%) satisfatória e 71 (79,8%) como descrita pelos entrevistadores como boa.

6 DISCUSSÃO

A não adesão à terapêutica medicamentosa de pessoas com transtornos relacionados a substâncias é uma realidade atual de causa multifatorial que está relacionada principalmente às características do transtorno mental, à própria terapêutica medicamentosa prescrita e à subjetividade do indivíduo. (CAPISTRANO et al., 2019; MUTHULINGAM et al., 2019).

A promoção da adesão tem se mostrado um grande desafio, isso porque envolve fatores objetivos e subjetivos, esses fatores se associam intimamente com o insucesso do tratamento, que por sua vez contribui para a piora do prognóstico e a cronificação do agravo. (CLEMENTS et al., 2018).

Neste contexto, entende-se como preocupante o fato de que 56,2% dos participantes desta pesquisa não aderiam à terapêutica medicamentosa, já que este índice é mais elevado que o estimado pela Organização Mundial da Saúde, em que 50% de todas as pessoas que necessitam de tratamento medicamentoso para agravos crônicos, não são aderentes. (OMS, 2003).

Considerando o estudo de Steinkamp et al. (2019) o quantitativo maior que o indicado pela OMS é esperado nos casos de transtornos relacionados a substâncias pois entre todos os transtornos mentais, esse é o que apresenta a maior taxa de descontinuidade do tratamento, em torno de 68%, devido sua complexidade.

Nesse sentido Paiano et al. (2019), reforçam que apesar da disponibilidade de diversos programas e políticas públicas direcionados a esse agravo de saúde fomentado pelo Ministério da Saúde, a eficácia somente será representativa se houver adesão.

Antes de considerar os fatores que estão envolvidos na baixa adesão dessa população no presente estudo, é importante considerar que o tipo de método utilizado para quantificar e avaliar a adesão, nesse caso, foi o indireto. O escore da adesão à terapêutica medicamentosa nesse método é emergido a partir do autorrelato e pesquisadores o considera mais suscetível a vieses, pois entende-se que não é possível garantir um resultado fidedigno em decorrência da possibilidade de haver declarações falsas fornecidas pelo indivíduo por diversos motivos, entre eles o medo de julgamentos e a vergonha. (McRAE-CLARK et al., 2015). Portanto a partir desta

constatação, acredita-se que o quantitativo de não aderentes a terapêutica medicamentosa, possa ser maior que o encontrado nesta pesquisa.

Quanto aos fatores relacionados a não adesão, ressalta-se inicialmente o perfil sociodemográfico que se assemelha com outras pesquisas que estudaram o fenômeno da adesão na saúde mental, sendo a maioria, jovem adultos, solteiros, com baixa escolaridade e desempregados. (ZANETTI et al., 2017; LOPES et al., 2018). Mascarenhas e Nunes (2019) em sua pesquisa ressaltam que quando se trata de saúde mental, é de suma importância identificar os fatores sociodemográficos, uma vez que o adoecimento está diretamente relacionado a essa categoria, seja com maior ou menor intensidade à pobreza, à raça ao sexo e ao desemprego.

Entretanto, considerando o desfecho, não adesão, foi necessário fundamentar os achados sociodemográficos deste estudo com pesquisas que abordavam outros transtornos mentais em decorrência escassez de publicações nacional acerca desta temática. (CAPISTRANO et al., 2019).

No entanto, no que se concerne ao sexo, diferentemente de outros dados sociodemográficos, não houve semelhança na literatura pesquisada, isso porque a busca por tratamento para os transtornos relacionados a substâncias é em sua maioria realizados por homens (McRAE-CLARK et al., 2015; CALVO et al., 2018) o que difere das características de outros transtornos mentais em que as mulheres são as que mais procuram tratamento. (ZANETTI et al., 2017; BORBA et al., 2018b).

O quantitativo de mulheres no presente estudo não foi representativo, portanto, não foi apresentado a sua relação com o desfecho. Essa característica se assemelha a outros estudos que abordam os transtornos relacionados a substâncias, pois notadamente o número de mulheres são substancialmente menores que de homens com esse mesmo transtorno mental, deste modo não é possível generalizar os resultados desta pesquisa ao público feminino. (TRINDANDE; BARTILOTTI, 2017; HOLT; TOBIN, 2018).

No entanto, é importante reforçar que, apesar do menor número de mulheres com esta condição de saúde, não se deve dispor uma menor preocupação com o assunto, pois se constata um crescente do uso de substâncias psicoativas por esta população nos últimos anos. (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRAS, 2018; UNODC, 2019).

Atribuir os transtornos relacionados a substâncias a um problema psicológico é recente, por muito tempo esse agravo de saúde foi permeado por julgamento moral e

preconceito. Todavia, no que concerne as mulheres, esse modo de identificação ainda é marcante. Utilizar substâncias psicoativas pelo público feminino é reconhecido como incompatível às atividades domésticas e maternas o que dificulta a procura por tratamento por essa população.

Com relação a idade, houve um maior quantitativo de pessoas com faixa etária entre 30 e 49 anos, entretanto, a não adesão à terapêutica medicamentosa foi maior em pessoas com idade abaixo dos 29 anos. Esse dado se assemelha ao estudo de Perrone (2019) realizado com pessoas em tratamento em comunidade terapêutica cujo um dos objetivos foi identificar os fatores associados ao abandono do tratamento, em que a maior taxa de abandono foi em pessoas com até 25 anos.

Segundo Dias et al. (2015) e Fernandes et al. (2017), pessoas com idade mais avançadas são aquelas que procuram tratamento, mais chance tem de permanecer aderentes em decorrência do desenvolvimento do *insight* e da tomada de decisão a partir dos prejuízos que tiveram ao longo da vida visto que ter consciência dos prejuízos e da importância do tratamento é fundamental para a adesão à terapêutica medicamentosa. (STRICKLAND et al., 2019).

Com relação a raça, foi possível perceber que a adesão à terapêutica medicamentosa foi menor em pessoas com a não branca. Gaut, Pelle e Chambers (2019) apontam que quando avaliados os resultados positivos do tratamento de pessoas com transtornos mentais, aqueles que são de grupos étnicos não brancos, possuem menor índice, principalmente em pessoas da raça negra.

Corroborando com este achado, de acordo com revisão integrativa cujo objetivo foi identificar os fatores relacionados a adesão e não adesão à terapêutica medicamentosa entre os anos de 2006 e 2016 em pessoas com transtornos relacionados a substâncias, a raça negra foi destacada como um dos fatores preditivos da não adesão. (CAPISTRANO et al., 2019).

Como justificativa, entende-se que historicamente grupos étnicos não brancos são mais propensos a serem diagnosticados com transtorno mental além de receberem doses maiores de medicação e apresentarem dificuldade de acesso aos serviços de saúde, fatores que prejudicam a adesão por esta população. (GAUT; PELLE; CHAMBERS, 2019).

Frente ao exposto, há que se considerar que o fato de pessoas não brancas possuírem tais fatores possa estar relacionado a uma situação complexa que envolve

diversas condições socio histórica oriundas especialmente da exclusão e marginalização de minorias sociais e raciais. (MASCARENHAS; NUNES, 2019).

No Brasil, pessoas não brancas, em especial os negros, possuem desvantagens no que se refere a educação, ao trabalho a habitação e a saúde, deste modo, não é de se surpreender que essas representem a maioria que transitam nos serviços de saúde. Portanto, neste caso, deve-se dispor um olhar para além da doença, pois questões sociais que essas pessoas estão submetidas os tornam mais vulneráveis a certas condições de saúde. (MASCARENHAS; NUNES, 2019).

Com relação a situação conjugal, a não adesão à terapêutica medicamentosa foi maior em pessoas não casadas o que se assemelha a outros estudos que aborda essa mesma temática característica que pode estar relacionada aos prejuízos interpessoais que os transtornos relacionados a substâncias geram e que afetam principalmente a família, de origem ou não. Nesse contexto, ressalta-se a importância da família no tratamento, uma vez que se apresenta como um dos principais fatores que motiva o indivíduo a procurar e se manter no tratamento. (PERRONE, 2019).

Outra característica sociodemográfica identificada nos participantes deste estudo é a baixa escolaridade, característica predominante em pessoas que procuram um acompanhamento em CAPS AD. (TEIXEIRA, 2016). No estudo de Perrone (2019) os resultados mostram que quanto maior é a escolaridade maior também é a taxa de adesão, isso se confirmou quando analisado esta variável na regressão logística multivariada percebeu-se que cada que se elevava a categoria da escolaridade, aumentava em duas vezes a chance de adesão.

Portanto, compreende-se que em um plano terapêutico, busca-se o empoderamento do indivíduo, a autoeficácia e o aumento do repertório comportamental a partir de um processo de aprendizagem. Entretanto, pessoas com baixa escolaridade, estão menos suscetíveis a compreender de forma intensa o processo terapêutico e possui mais dificuldades em se apropriar desses recursos. (PERRONE, 2019).

Vale destacar que pessoas com baixa escolaridade possuem prejuízos que vão além da dificuldade de aderir a um tratamento. Os transtornos relacionados a substâncias geram no indivíduo diversas dificuldades na vida, seja pela autoexclusão, que ocorre a partir do indivíduo consigo mesmo, ou quando este se distancia das condições mínimas de vida, como no caso do trabalho acarretando prejuízos sociais inestimáveis. (TEIXEIRA, 2016).

Considerando que geralmente estão em idade produtiva, a cronificação dos transtornos relacionados a substâncias interfere diretamente na relação com o mercado de trabalho favorecendo a marginalidade, o aumento de índices de violência e prejuízos socioeconômicos familiares. (TEIXEIRA, 2016).

Este último pode ser identificado a partir do relato dos participantes da presente pesquisa que declararam não possuir renda suficiente para o autossustento, ou seja, há necessidade de obter auxílio financeiro de outros familiares ou amigos, o que pode ser em decorrência da maioria estar despregada.

Em um estudo norte americano com 252 pessoas em tratamento para doenças crônicas, mostrou que aqueles que possuíam renda insuficiente para o autossustento, não aderiam a terapêutica medicamentosa em até duas vezes mais que aqueles que tinham renda suficiente, mesmo controlando os fatores confundidores do perfil sociodemográfico. (STRICKLAND et al., 2019).

A situação socioeconômica é um fator que pode influenciar de maneira significativa a adesão à terapêutica medicamentosa, mesmo que de forma modesta há diversas associações, prejudica a recuperação do indivíduo, além de elevar os índices de recaída. (TEIXEIRA, 2016; STRICKLAND et al., 2019).

No entanto, é necessário ressaltar que indicadores como a renda por si só, não são eficazes em explicar o fenômeno da não adesão, considerando que pessoas com renda moderada e elevada também possuem um baixo índice de continuidade do tratamento. Entretanto trata-se de um indicador de extrema relevância, uma vez que o indivíduo se torna incapaz de arcar com itens necessários como alimentação e moradia, não será capaz de manter o compromisso com o tratamento. (STRICKLAND et al., 2019).

Considerando a substância de referência o álcool foi a que esteve mais relacionada a descontinuidade da terapêutica medicamentosa, dado que difere de outros estudos que trazem a cocaína e opioides como as substâncias que geram maior abandono devido à instabilidade da motivação para o tratamento e a impulsividade dos próprios usuários. (FONSECA; GOLDIM; FONTELES, 2014; CALVO et al., 2018).

Corroborando com o exposto, uma pesquisa realizada com dados secundários a partir da análise de 132 prescrições medicamentosa em um CAPS AD de Fortaleza/Ceará, apresentou o predomínio de outras substâncias associadas ao

abandono do tratamento que não o álcool. A não adesão foi maior em pessoas que utilizavam múltiplas substâncias (49,4%) seguida por aqueles que utilizam crack (25,3%). (FONSECA; GOLDIM; FONTELES, 2014).

Ferreira et al. (2015), destacam em sua pesquisa acerca da percepção dos profissionais que trabalham em CAPS AD sobre a não adesão, que o tipo de substância psicoativa utilizada influencia diretamente na (des)continuidade do tratamento. Estes autores afirmam que usuários de múltiplas substâncias ou crack são menos aderentes que aqueles que utilizam álcool.

No entanto, apesar dos dados da presente pesquisa divergir de outros estudos com relação a substância de preferência e não adesão, é necessário considerar as características peculiar do álcool, pois se trata da substância que mais causa dependência e a que mais gera prejuízo devido seu quantitativo elevado de consumidores. (UNODC, 2019).

Para esses casos há algumas medicações que ajudam a controlar os sintomas de abstinência e o desejo intenso auxiliando na interrupção do consumo de álcool. Entretanto, apesar da eficácia de diferentes fármacos, pessoas com este transtorno mental, passam por diversas alterações sócio-comportamentais e fisiopatológicas que dificultam o desenvolvimento de *insight*, a busca pela manutenção da abstinência e consequentemente, a adesão. (AKBAR et al., 2018).

Portanto, devido à complexidade dos transtornos relacionados ao álcool e sua natureza crônica, é necessário dispor de várias estratégias de tratamento para promover a adesão, entre eles a abordagem com a redução de danos, desintoxicação, tratamento ambulatorial ou mesmo internação esta quando esta se apresentar necessária. (PINSKY et al., 2017).

Apesar de a RAPS indicar todas essas possibilidades e estratégias de tratamento no SUS, com a exceção da redução de danos, há carência de uma estrutura organizada na prática assistencial que seja efetiva à adesão ao alcance de pessoas acometidas com este transtorno mental. (PINSKY et al, 2017; BRASIL, 2019).

Outra situação importante relacionada a não continuidade do tratamento é o fato de a maioria das pessoas manter o uso da SPA enquanto estavam em tratamento. Em revisão integrativa da literatura realizada a fim de identificar os fatores associados a adesão e não adesão à terapêutica medicamentosa de pessoas com transtornos relacionados a substâncias, não estar abstinente foi um dos fatores falta de adesão ao tratamento mais citados nas pesquisas encontradas. (CAPISTRANO et al., 2019).

Launonen e seus colaboradores (2016) ressaltam que, em geral, a pessoa mantém a abstinência da substância no início do tratamento, entretanto, em muitos casos essa atitude não é mantida e o retorno ao consumo se inicia geralmente semanas antes do abandono do tratamento. (LAUNONEN et al., 2016). Steinkamp et al. (2019) apontam que a não adesão nos transtornos relacionados a substâncias, entre os diversos fatores, está associada ao uso contínuo de drogas.

No entanto, é importante reconhecer que a abstinência pode não ser o objetivo a ser alcançado por muitas pessoas que buscam tratamento, é possível conquistar vários resultados importantes, como reduzir o desejo de consumo e a quantidade de substância utilizada, reduzir o número de dias de utilização, reduzir a da morbimortalidade e se reinserir na sociedade. (HOLT; TOBIN, 2018).

Portanto, ressalta-se que perceber a adesão ao tratamento somente pela manutenção da abstinência indica uma leitura fragilizada acerca do fenômeno da adesão e do tratamento psicossocial, isso porque é importante reconhecer e valorizar o movimento que o indivíduo faz no percurso do tratamento e as conquistas obtidas. (MALVEZZI et al., 2016).

Sabe-se que atualmente a nova política sobre drogas, publicada por meio do Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019, é baseada na promoção e manutenção da abstinência excluindo a política de Redução de Danos, considerado por muitos um retrocesso no tratamento para os transtornos relacionados a substâncias isso porque deve-se reconhecer o tratamento a partir da identificação das potencialidades e habilidades dos indivíduos, em detrimento ao fato de usar ou não uma substância. (MALVEZZI et al., 2016; BRASIL, 2019).

A não adesão também foi percebida naqueles que possuíam histórico prévio de tratamentos para os transtornos relacionados a substâncias fato que demonstra gravidade e a complexidade desse agravo no qual é caracterizado pela compulsão, pela dificuldade de controle do uso e muitas recaídas o que leva ao insucesso do tratamento.

Muitas vezes a recaída, a não adesão e o abandono do tratamento é entendido pela sociedade como fruto de questões morais e falta de força de vontade do indivíduo em cessar o uso da substância. Apesar desse forte estigma social é preciso salientar que a recidiva dos sintomas e a recaída fazem parte do quadro e representam um desafio, pois transtornos relacionados a substâncias possuem natureza crônica de

etiologia multifatorial, sendo reconhecido exatamente pela incapacidade em controlar seu comportamento e seus impulsos. (CHAIN et al., 2015).

Outra característica identificada na população do presente estudo foi a presença de comorbidades clínicas e mentais. O termo comorbidade refere-se a duas ou mais doenças que ocorre na mesma pessoa, como também, abrange as interações entre doenças das quais podem piorar seu curso mutualmente. (CHAIN et al., 2015).

O duplo diagnóstico tem alto impacto no funcionamento psicossocial do indivíduo com transtornos relacionados a substâncias, principalmente os mentais que por sua vez, é considerado um fenômeno comum nessa população. De acordo Daigre et al. (2019), em torno de 50 a 75% dos indivíduos que possuem transtornos relacionados a substâncias possuem alguma comorbidade mental com destaque para os transtornos de humor seguido pelos transtornos de personalidade, de ansiedade e os *déficits* de atenção e hiperatividade (TDAH).

Chain e seus colaboradores (2015) apontam que quando comparados com população geral, pessoas com problemas relacionados ao uso de substância, possuem duas vezes mais chances de desenvolver transtornos de humor e de ansiedade o que torna um desafio ainda maior para a adesão.

E no caso do presente estudo se pode identificar que tanto as comorbidades clínicas como as mentais tiveram uma importante relação com a não adesão à terapêutica medicamentosa. Embora haja consenso sobre o desenvolvimento de um agravo crônico ou agudo em decorrência do uso contínuo de substâncias psicoativas, é preciso considerar que possivelmente haverá mais medicações a serem prescritas o que dificulta cada vez mais a adesão devido à complexidade do regime terapêutico. (CLEMENTS et al., 2018).

No que se concerne a ideação suicida, sabe que há uma associação positiva com os transtornos relacionados a substâncias. Pensamentos sobre a morte ou sobre tirar a própria vida são comuns nessa população e quando não há adesão ao tratamento há um risco aumentado em desenvolver esses sintomas o que também está diretamente relacionada ao suicídio consumado. (FORSMAN; MASTERMAN; TSKANEN, 2019; STRICKLAND et al., 2019).

Em pesquisa documental em 144 prontuários de pessoas com diagnóstico de transtornos relacionados a substâncias em tratamento em um CAPS III, apontou que 43,9% possuíam registros de eventos suicidas, entre esses 30% eram relacionados a

ideação. Quando associado ao histórico de tratamento e o tipo de alta recebida, 44,4% eram por abandono. (CANTÃO; BOTTI, 2016).

Em estudo caso controle forense conduzido pelo *National Board of Forensic Medicine* (NBFM), cujo objetivo foi investigar a adesão por meio de mostradores bioquímicos em ocorrências de suicídio consumados, identificou que, entre os 5.294 casos de suicídios consumados entre o período de 2006 a 2013, a adesão foi baixa. (FORSMAN; MASTERMAN; TASKANEN, 2019).

Ainda de acordo com estudo supracitado, a não adesão a antidepressivos e antipsicóticos estavam diretamente relacionados a um maior risco de suicídio consumado. Esse fato pode ocorrer em decorrência da interrupção dos efeitos farmacodinâmicos desses medicamentos favorecendo a ideação e a tentativa de suicídio.

O uso de medicação prescrita e o risco de suicídio é uma discussão recorrente, principalmente no que diz respeito aos efeitos protetores, entretanto, tais efeitos estão relacionados ao uso contínuo de medicamentos. Assim, torna-se necessário ressaltar que os dispositivos de tratamento para os transtornos relacionados a substância devem abordar questões sobre os eventos suicidas principalmente em relação aos não aderentes.

Com relação a caracterização farmacoterapêutica foi possível verificar que a medicação com maior quantitativo de prescrição foram os estabilizadores de humor, entretanto, a menor adesão ocorreu nos benzodiazepínicos (66,6%). Os benzodiazepínicos são comumente prescritos para pessoas com transtornos relacionados a substâncias, principalmente quando há comorbidades mentais, em geral são indicados para depressão, nervosismo, agitação e principalmente ansiedade. (O'BRIEN et al., 2017; SOUZA et al., 2018). Vale destacar que os participantes desse estudo, relataram possuir sintomas humor deprimido, agitação, alteração do temperamento e sintomas ansiosos, sintomas que podem ser minimizados com a ajuda de benzodiazepínicos, entretanto, a maioria das pessoas que possuíam prescrição desta medicação não aderiam.

Os benzodiazepínicos são divididos em três subclasses, considerando a estrutura molecular, 2-ceto, 3-hidro e triazolo. O primeiro possui como exemplos o diazepam e clonazepam, o segundo lorazepam e oxazepam e o último, alprazolam e

triazolam. São metabolizados principalmente no fígado por oxidação. (CORDIOLI; GALLOIS; ISOLAN, 2015).

Essas medicações apresentam vários efeitos colaterais e possuem muitos alertas para a interação medicamentosa. Entre os efeitos colaterais, destacam-se a insônia diurna, quedas, confusão, ataxia, acidentes e problemas de memória dos quais estão diretamente relacionados às suas propriedades farmacodinâmicas, pois são sedativos e hipnóticos, portanto responsáveis pela sonolência e diminuição da capacidade de concentração. Nesse caso, os efeitos indesejados dessa classe medicamentosa devem ser explicados ao indivíduo antes da primeira prescrição, pois este manejo permite que identificar e limitar o uso prolongado, antecipar a dependência e os efeitos colaterais. (O'BRIEN et al., 2017).

Os benzodiazepínicos são comumente prescritos para o manejo farmacológico da abstinência, principalmente na agitação psicomotora, mas tem indicação de prescrição por curto prazo devido à tolerância e ao risco de desenvolver dependência. Deve ser prescrito de forma cautelosa devido sua relação perigosa com os transtornos por uso de substância por estar associado ao aumento da mortalidade em até cinco vezes devido a superdosagem. (O'BRIEN et al., 2017).

Após o uso diário por duas a quatro semanas, os benzodiazepínicos induzem a tolerância farmacológica, causam dependência e síndrome de abstinência quando interrompidos. E os sintomas oriundos dessas situações como os hiperadrenérgicos e neurodegenerativos, se confundem aos dos transtornos relacionados a substâncias ocasionado o aumento da dose da medicação pelo indivíduo por conta própria. (O'BRIEN et al., 2017).

O aumento da dose sem indicação médica foi relatado pelos participantes do presente estudo, o que também é considerado como não aderentes, uma vez que de acordo com a Organização Mundial da Saúde a adesão é compreendida como o comportamento de uma pessoa ser coincidente com as recomendações acordadas com um prestador de cuidados de saúde. (OMS, 2003; FIORELLI; ASSINI, 2017).

Outra situação preocupante em relação a não adesão à terapêutica medicamentosa foi o elevado número de medicações prescritas encontradas no presente estudo. A polifarmácia é um problema recorrente nos transtornos relacionados a substâncias, principalmente devido as comorbidades clínicas e mentais comumente presente a nessas pessoas, como citado anteriormente. (HOLT; TOBIN, 2018).

Nesse sentido, sabe-se que é preciso considerar a prescrição combinada, ou seja, a prescrição de mais de uma medicação, devido as comorbidades, a heterogeneidade do transtorno e os múltiplos sistemas neuroquímicos envolvidos no desenvolvimento da dependência, mas vale ressaltar que a prescrição combinada se diferencia da polifarmácia, que por sua vez, está relacionada a prescrição de medicação inapropriada que poderia ser evitada por existir alternativas igualmente eficazes e menos prejudiciais. (HOLT; TOBIN, 2018).

Diante desse contexto, é importante destacar que metade de todos os medicamentos são prescritos, distribuídos, vendidos ou utilizados de maneira incorreta. Nesse sentido, ressalta-se que o uso de medicação deve ser realizado de maneira racional compreendendo a prescrição apropriada, a dispensação e o consumo nas condições e doses adequadas, considerando os intervalos definidos e o período indicado, garantindo a eficácia, a segurança e a qualidade do fármaco. (OMS, 2003; BRASIL, 2012).

A polifarmácia constitui um problema de saúde pública. A prevalência de prescrições potencialmente inapropriadas é em torno de 36% na atenção primária e 50% em indivíduos institucionalizados, esta situação eleva a morbidade, aumenta os efeitos adversos, contribui com a elevação do índice de internações hospitalares e onera os recursos públicos.

Além disso, é importante ressaltar que quanto maior o número de medicação maior serão as interações medicamentosas. Estima-se que 30% dos indivíduos com polifarmácia possuem interações medicamentosas potencialmente graves ou efeitos adversos evitáveis.

A interação medicamentosa pode ser considerada uma ação potencial ou diminutiva sendo imprevisível para um tratamento, o que se agrava concomitantemente ao aumento do número de medicação prescrita. Esta situação específica pode ser percebida em um estudo realizado em um CAPS na cidade Fortaleza-Ceará o qual identificou uma diversidade de interações medicamentosa a partir da polifarmácia. (FONSECA et al., 2014).

Além da interação medicamentosa, a polifarmácia pode gerar a omissão de prescrições de medicação clinicamente importante para o indivíduo e seu agravamento das quais realmente seriam efetivas. (MIZUMOTO, 2019). Portanto, recomenda-se que antes de considerar a prescrição de mais de uma medicação para aliviar os sinais e sintomas é preciso inserir outros modelos terapêuticos associados ao medicamentoso

bem como a prescrição de regimes terapêuticos menos complexos. (HOLT; TOBIN, 2018; MIZUMOTO, 2019).

Entende-se a complexidade da prescrição medicamentosa a partir de múltiplos quesitos incluídos como a quantidade, o nome da medicação, os diferentes horários e o modo de utilização. Portanto, o número elevado de medicações está diretamente associado a complexidade do regime terapêutico e, conseqüentemente, a não adesão (MELCHORS; CORRER; FERNANDEZ-LLIMOS, 2007; BORBA et al., 2018b; NASCIMENTO; DOURADO; NASCIMENTO, 2018).

A complexidade do regime terapêutico foi um dos motivos apresentados na pesquisa de Siniak e Brum (2013), cujo objetivo foi identificar os fatores relacionados a não adesão à medicação de pessoas com transtornos relacionados a substâncias. Em outra pesquisa realizada com 75 pessoas com necessidades de utilização de medicação para um agravo crônico, obteve-se uma média de 2,91 medicações por pessoa, variando a quantidade de um a sete fármacos prescritos, este resultado também foi significativamente associado à elevada complexidade da prescrição médica. (NASCIMENTO; DOURADO; NASCIMENTO, 2018).

A complexidade do regime terapêutico contribui para a dificuldade de compreender a finalidade e a forma de administração de cada uma das medicações, principalmente quando associado a aspectos sociodemográficos como a escolaridade, ocasionando conseqüências de suma importância como erros de administração e a não adesão o que leva a piora do estado de saúde. (NASCIMENTO; DOURADO; NASCIMENTO, 2018).

No presente estudo, apesar da complexidade do regime terapêutico ter sido alto, o escore do nível de conhecimento foi adequado. Entretanto, é importante salientar um viés que o instrumento do nível de conhecimento apresenta, uma vez que indica como recomendação dos autores que seja considerado, caso haja mais de uma medicação, somente a primeira prescrita.

Deste modo, supõe-se que caso fosse possível identificar o conhecimento em relação a todas as medicações prescritas o escore poderia ter sido baixo, como encontrado em um estudo realizado com 57 pessoas com agravos crônicos comórbidos, no qual apresentou que 30% das pessoas foram incapazes de dizer o nome das medicações prescritas e um quinto desses não foram capazes de dizer o objetivo terapêutico do medicamento e mesmo daqueles que tentavam dizer algo

sobre sua terapêutica medicamentosa, cerca de 30% apresentavam concepções errôneas. (MUTHULINGAM et al., 2019).

Conceitualmente o conhecimento está relacionado ao saber do indivíduo sobre um determinado objeto ou situação. Trata-se do ato de perceber ou compreender algo por meio da razão e/ou da experiência, é mais que obter informação, é ato ou capacidade do pensamento em apreender por meio de mecanismos cognitivos que subsidia a pessoa na tomada de decisão. (MELCHIORS; CORRER; FERNANDEZ-LLIMOS, 2007; NASCIMENTO; DOURADO; NASCIMENTO, 2018).

Na terapêutica medicamentosa de pessoas com transtornos relacionados a substâncias, essa capacidade de apreensão é de suma importância, pois a eficácia está diretamente relacionada ao uso correto do fármaco. Essa problemática pode ser em consequência de dificuldades cognitivas que impossibilitam a compreensão, mas também pela falta de informação. Nesse sentido, o profissional deve atentar-se as diferenças culturais e de linguagem que possam existir adaptando termos técnico-científicos para que seja alcançado o entendimento fazendo o uso de recursos estratégicos de aprendizagem. (FRÖHLICH; DAL PIZZOL; MENGUE, 2010).

Com relação as variáveis dicotomizadas do MAT, foi possível identificar de forma singular as características que compõe o fenômeno da (não)adesão. De acordo Remondi, Oda e Cabrera (2014) e Borba et al. (2018b) a natureza do comportamento em relação a não adesão ao tratamento medicamentoso ocorre a partir de duas formas distintas, a primeira ocorre por meio da ação involuntária ou não intencional e a segunda por meio da ação voluntária ou intencional.

No caso do esquecimento, do descuido com o horário da administração, da interrupção da medicação por ter deixado acabar e deixar de tomar medicação por qualquer outra razão que não indicada pelo médico são considerados como comportamento involuntário ou não intencional. Já quanto o comportamento voluntário, ou intencional, ocorre quando o indivíduo deixa de tomar a medicação por se sentir melhor ou pior ou aumentar a dose por conta própria. (REMOR et al., 2017; BORBA et al., 2018a).

Entender se a não adesão ocorre de maneira intencional ou não é de suma importância para a prática de trabalho em saúde mental, entretanto tal situação proporciona um desafio aos profissionais de saúde, pois estes devem buscar compreender a base do comportamento e desenvolver estratégias terapêuticas que

favoreçam o envolvimento do indivíduo como o tratamento. Se considerar que há indivíduos que se comporta com ambos os tipos, intencional e não intencional, o desenvolvimento e estratégias facilitadores da adesão se torna ainda mais desafiadora.

No caso do comportamento involuntário, ou não intencional, que geralmente está relacionado ao esquecimento, a existência de comorbidades, a gravidade do agravo a complexidade e a capacidade funcional reduzida, pode ser identificado em pesquisa realizada com 54 pessoas com doença crônica em acompanhamento ambulatorial que destacou que 70% dos participantes que foram submetidos a terapêutica medicamentosa obtiveram um escore baixo de adesão, desses, 80% foram classificados com motivos não intencionais. (REMOR et al., 2017).

Ainda de acordo com a pesquisa supracitada, o esquecimento quanto aos horários da medicação e o descuido com o horário tiveram um percentual de 54 e 40% respectivamente. Índice menor que o encontrado na presente pesquisa em que 70,7% já apresentaram ambos comportamentos de não adesão não intencional.

Já a pesquisa de Rossi, Silva e Fonseca (2015) com pessoas com diabetes *mellitus*, apresentou um índice mais aproximado da presente pesquisa, ou seja, 65,5% dos participantes referiram ter se esquecido de tomar medicação em algum momento do tratamento. Com relação ao descuido com o horário da administração, o percentual foi de 68,8%.

Sabe-se que os transtornos relacionados a substâncias geram implicações comuns nos indivíduos, principalmente com a cronificação do agravo em que há prejuízos que podem ser reversíveis com a abstinência ou não. Entre os prejuízos principais associados a funções cognitivas, pode-se relatar a atenção, a memória e as funções executivas que pode estar diretamente relacionado ao fato de esquecerem de tomar medicação e se descuidarem com o horário da administração. (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRAS, 2018).

Compreende-se que é necessário avaliar um contexto como todo das funções cognitivas da pessoa com transtornos relacionados a substâncias, principalmente o histórico a fim de identificar se não havia possíveis prejuízos antes da implantação dos transtornos relacionados a substâncias. Entretanto, independente disso, sabe-se que o consumo crônico de substâncias químicas agrava tais funções. (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRAS, 2018).

Especificamente a memória, a qual se refere à capacidade de adquirir, armazenar e recuperar informações, sendo dividida em memória de curto e longo prazo, é uma das principais funções cognitivas prejudicadas pelo uso intenso de SPA. Desta forma, entende-se que atividades como utilizar medicamentos, com horário e doses estabelecidos se torna uma rotina complexa. (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRAS, 2018).

Neste estudo, apesar dos participantes relatarem que sentem mudanças agradáveis com o uso da medicação e que são incentivados por familiares, houve descontinuidade do tratamento. A terapêutica medicamentosa é um eficaz recurso no tratamento de pessoas com transtornos relacionados a substâncias, no entanto, ao se depararem com um longo período de tratamento, reações adversas e inúmeros efeitos colaterais, o abandono do tratamento se torna uma realidade nesta clientela mesmo quando há apoio familiar e profissional. (CALVO et al., 2018).

Nesse sentido, ressalta-se a importância da aproximação e integração entre os CAPS e a atenção primária com a incorporação da saúde mental no cotidiano desses profissionais e assim possam auxiliar no cuidado no próprio território, diversificando as propostas terapêuticas e auxiliando na adesão com propostas alternativas. (PAIANO et al., 2019).

Diferentemente do comportamento não intencional, o intencional refere-se a uma atitude deliberada da não adesão e está relacionada principalmente a adaptação do indivíduo às suas condições, às experiências anteriores com o medicamento, a percepção dos eventos adversos e a confiança na equipe de saúde. (REMONDI; ODA; CABRERA, 2014).

O comportamento intencional pode ser identificado em pesquisa realizada por Martins, Martins e Santos (2017) com 228 pessoas em tratamento medicamentoso em que 50,5% das pessoas relataram já ter deixado de tomar a medicação por se sentir melhor. Os participantes que já deixaram de tomar a medicação por se sentir pior foi destacado por 42%. Já no presente estudo de foi de 39,4%.

Uma situação comum que pertence ao universo dos transtornos relacionados a substâncias é em relação ao abandono do tratamento por se sentir melhor. Geralmente com o início dos efeitos terapêuticos da medicação associada a abstinência da substância, gera uma falsa impressão que estão curados, questão crucial responsável por grande parte dos abandonos. (FERREIRA et al., 2015).

Já Strickland et al. (2019), acreditam que a não adesão à terapêutica medicamentosa quando há uma melhora do quadro crônico ocorre em decorrência do perfil de pessoas com transtornos relacionados a substâncias que utilizam as medicações para o controle e alívio dos sintomas e não para preveni-los.

Por outro lado, o comportamento intencional de deixar a medicação acabar por se sentir pior também é comumente percebido em pessoas com transtornos mentais, pois há uma ambivalência de sentimentos em relação a terapêutica medicamentosa, uma vez que é importante para minimizar os sinais e sintomas do agravo, mas também conviver com os efeitos colaterais não é uma situação simples. (MARTINS; MARTINS; SANTOS, 2017).

Por fim, o aumento da dose medicamentosa por conta própria por se sentir pior, foi relatado 48,4% dos participantes o que pode ser em decorrência da tolerância e dos sintomas de abstinência podendo ser originados tanto pela substância química como pela medicação.

No caso da tolerância, definida pela a perda ou diminuição da sensibilidade dos efeitos iniciais, o indivíduo necessita de doses terapêuticas maiores para experimentar os mesmos efeitos. (ZANELATTO; LARANJEIRAS, 2018). Já os sintomas de abstinência, por sua vez, são a evidência mais palpável dos transtornos relacionados a substâncias. Se manifestam como sintomas físicos e psíquicos de desconforto diante da interrupção do uso da substância ou da redução. Inicialmente são de natureza psíquica, dos quais se destacam a ansiedade, sintomas depressivos, irritação, piora da concentração e insônia, posteriormente, à medida que dependência da substância aumenta, a magnitude dos sintomas a acompanha, gerando sintomas físicos como tremores, palpitações cardíacas, aumento da temperatura corporal, náuseas entre outros.

Deste modo, diante dos efeitos negativos sentidos, tanto pela tolerância como pela abstinência, o aumento da dose medicamentosa parece ser uma solução imediata. No entanto, essa situação piora o quadro clínico, contribui com a progressão da dependência e pode levar a intoxicação e até mesmo a morte. (CORDIOLI; GALLOIS; ISOLAN, 2015).

O último grupo temático a ser discutido na presente pesquisa é em relação a gravidade dos transtornos mentais. Ao analisar as dimensões do ASI-6 percebe-se que os indivíduos classificados como não aderentes à terapêutica medicamentosa

apresentaram médias mais elevadas estatisticamente nas subescalas drogas e legal e média menos elevada na subescala família e suporte social.

Com relação a dimensão drogas, destaca-se quanto maior a gravidade nessa área, maior será os prejuízos associados e consequentemente menor a adesão, principalmente em decorrência da dificuldade em se manter abstinente, pela compulsão e as constantes recaídas, como já mencionado anteriormente. (OPSAL et al., 2013; CAMPELO et al., 2017).

Quanto maior a gravidade nessa área, maior serão os problemas em todos as outras dimensões configurando como a área principal na avaliação da gravidade. Pessoas que pontuam uma média maior na área drogas, são aqueles que geralmente, consomem mais de uma substância psicoativa, com maior frequência, não conseguem controlar o uso e, consequentemente, abandonam o tratamento. (OPSAL et al., 2013; CAMPELO et al., 2017).

Quanto a dimensão legal, destaca-se que a maior parte dos participantes não aderentes apresentaram histórico de prisão principalmente por porte ilegal de substâncias. Em estudo com 72 pessoas que fazem o uso e crack e possuem histórico com a polícia e a justiça criminal, apresentou que a maioria dos participantes (76,4%) possuía histórico de prisão, mesmo que por pouco tempo e a metade (50%) foi detido ou preso por porte ilegal de drogas. (SINGULANE; SILVA; SARTES, 2016).

De acordo com Singulane, Silva e Sartes (2016) ter histórico de prisão antes dos 18 anos foi determinante para esse fato se repetir na vida adulta apesar de não ser possível estabelecer uma relação de causalidade, entende-se que o histórico de prisão antes dos 18 anos se apresenta como um fator de risco a novos problemas criminais.

Já na dimensão família e suporte social, observa-se a média de gravidade menor entre os não aderentes. Nesse sentido, acredita-se que mesmo diante dos prejuízos enfrentados pela família em relação as consequências dos transtornos relacionados a substâncias, há uma tendência da mesma se manter ao lado do indivíduo. (PAIANO et al., 2019).

É preciso reconhecer que diante do processo de adoecimento da pessoa com transtornos relacionados a substâncias, marcado pelo uso compulsivo, a perda de controle do uso da substância e das consequências no âmbito individual e social, a família é mais prejudicada devido a convivência próxima e portanto, alguns vínculos

são rompidos emergindo relações permeadas pela ambiguidade, estresse e desgaste emocional. (PAIANO et al., 2019).

Pesquisa de Marchi et al. (2017) com 364 pessoas com transtornos relacionados a substâncias aponta que o tipo da substância interfere significativamente na coesão familiar, definido como a capacidade dos membros fornecerem apoio uns aos outros, ou seja, aqueles que utilizam crack, possuem menos coesão que aqueles que utilizam álcool, como hipótese destacam que o uso de uma substância quimicamente tão potente pode ter afastado os membros da família.

A família e o apoio social em torno da pessoa com esse agravo são de suma importância, haja vista que diante das dificuldades o incentivam a procurar ajuda e atuam como motivadores pela adesão ao tratamento. (PAIANO et al., 2019).

Nesse contexto, ao elaborar o plano terapêutico singular, os profissionais dos serviços de saúde mental, devem inserir a família tanto no intuito de inserir como apoio, como no atendimento a fim de atingir a integralidade do cuidado. As ações terapêuticas podem ser voltadas ao acolhimento desses familiares, no diálogo, no vínculo, na corresponsabilização e na escuta a fim de apreender questões que estão além do que é explicitado, favorecendo em conjunto um plano de cuidados e consequentemente o fortalecimento de vínculos. (PAIANO et al., 2019).

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que este estudo alcançou os objetivos propostos considerando que foi possível mensurar e avaliar a adesão à terapêutica medicamentosa, bem como os fatores a ela relacionados. O índice de não aderentes encontrado foi de 56,4%, o qual confirma a primeira hipótese em que se acreditava que a não adesão seria superior a 50% considerando que se trata de uma população que com um agravo complexo de curso crônico.

Com relação aos dados sociodemográficos foi possível perceber que a não adesão foi superior em pessoas com idades menos avançadas, do sexo masculino, de raça não brancos, com baixa escolaridade, desempregados e com renda insuficiente para o autossustento. Tais dados são esperados quando consideramos que este estudo foi desenvolvido em um país em desenvolvimento e em um serviço público pois questões sociodemográficas estão entre os fatores maior influência no comportamento não aderente.

Quanto a caracterização clínica, tem-se a menor adesão em pessoas com comorbidades mentais, com destaque para os transtornos de humor, e clínicas, com os problemas hepáticos. Os participantes não aderentes possuíam prescrições medicamentosas para essas condições o que prejudica a adesão devido a necessidade de um quantitativo maior de medicação para administrar transformando a terapêutica medicamentosa em uma ferramenta com elevada complexidade.

Sobre a caracterização dos transtornos relacionados a substâncias, aqueles que utilizavam álcool eram os menos aderentes, o que refuta a hipótese de que os que utilizam múltiplas substâncias seriam os que mais se relacionavam com a descontinuidade do tratamento.

Ainda nessa categoria, os que não estavam abstinentes e possuíam sintomas de fissura e compulsão, maior gravidade da área drogas e histórico de outros tratamentos possuíam menor índice de aderência à terapêutica medicamentosa. Apesar da não adesão ser um desafio em todos os agravos de saúde, particularmente, nos transtornos relacionados a substâncias o descumprimento da terapêutica medicamentosa é mais acentuada devido as características comuns desse transtorno mental.

No que se refere a caracterização farmacoterapêutica foi possível identificar que o benzodiazepínico foi a classe medicamentosa relacionada a menor adesão e a maior parte dos participantes que apresentavam reações adversas ou efeitos colaterais não eram aderentes.

O nível de conhecimento não foi relacionado como previsto nas hipóteses, no entanto, vale considerar que foi questionado sobre o conhecimento que o participante tinha sobre apenas uma medicação e não de todo o regime terapêutico prescrito. O que demonstra um conhecimento não fidedigno sobre as medicações pertencentes ao PTS.

Para a hipótese de que a adesão seria deficiente em pessoas que possuíam maior gravidade na área de apoio social, na área de problemas sociais e na área familiar relacionada aos filhos não foram encontradas relações que confirmassem esta suposição.

Este estudo apresenta algumas limitações que são necessárias serem explanadas, como no caso do delineamento transversal que dificulta a identificação das mudanças no estado de saúde, pois possibilita coletar as características e consequências dos agravos apenas em um determinado momento, e considerando que os transtornos relacionados a substâncias são dinâmicos e não cristalizados se faz necessário o desenvolvimento de estudos longitudinais para verificar a continuidade dos prejuízos ocasionados pela não adesão.

Outras limitações se referem a amostragem não probabilística e ao método indireto de coleta de dados para análise da adesão ao tratamento medicamentoso. A amostragem probabilística não garante que todos os indivíduos da população sejam selecionados gerando um falso escore de (não) adesão. Quanto ao método indireto são menos dispendiosos e mais fáceis, no entanto, não garantem um resultado fidedigno porque se baseia no autorrelato dos participantes.

Entretanto apesar de todas as limitações consideradas acredita-se que este estudo contribuiu com a identificação da prevalência da não adesão em pessoas com transtornos relacionados a substâncias, bem como com subsídios para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas a partir dos fatores relacionados a não adesão apresentados.

Entende-se que é preciso compreender que a (não)adesão é mais ampla que o ato que não tomar a medicação e que não se restringe ao um pensamento simplista

representado pela decisão do indivíduo, mas sim um fenômeno complexo e multifatorial de difícil manejo, pois são fatores que extrapolam a condição de saúde.

Nesta perspectiva, de forma ampliada, acredita-se que se deve desenvolver e intensificar ações intersetoriais e multiprofissionais, direcionadas a políticas públicas que contemplem questões principalmente sociodemográficas, como baixa escolaridade, baixa renda, desemprego, não brancos, que interferem de modo negativo a continuidade do tratamento.

Por outro lado, de forma singular, é importante ressaltar que as medidas de educação e saúde e promoção de vínculos são fundamentais na adesão à terapêutica medicamentosa e na melhora do transtorno mental, bem como a prescrição de medicação simplificada e mais eficazes, promovendo o uso racional da medicação e, assim, evitando a problemas como a polifarmácia.

Ressalta-se que esta pesquisa não tem a intenção de defender o uso da medicação como única forma de tratamento e nem como a mais relevante, contudo não se pode desconsiderar a sua importância no conjunto das abordagens para a eficácia do tratamento. Além disso, é importante considerar que nos CAPS AD e em outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial há outras modalidades terapêuticas que auxiliam o indivíduo no tratamento, como grupos, oficinas, atendimento individual e familiar, que são importantes na expressão da subjetividade permitindo que o indivíduo seja ativo no seu processo de reabilitação. No entanto, o uso de medicamentos, em muitos casos, é imprescindível para o controle dos sinais e sintomas.

REFERÊNCIAS

- AKBAR, M.; EGLI, M.; CHO, Y.; SONG, B.; NORONHA, A. Medications for alcohol use disorders: an overview. **Pharmacology and Therapeutics**, v. 185, 2018.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- ALMEIDA, J. S. B.; BATISTA, R. M.; PRADO, T. N. A integralidade no trabalho em grupo em saúde mental. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 19, n. 1, p. 11-15, 2017.
- APA. DSM V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. American Psychiatric Association. Tradução de: NASCIMENTO, M. I. C. et. al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Título Original: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.
- AZEVEDO, A. R.; DUQUE, K. C. D. O cuidar versus a medicalização da saúde na visão dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev. APS**, v. 19, n. 3, p. 403-411, 2016.
- BEZERRA, I. C. et al. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. **Saúde Debate**, v. 40, n. 110, p. 148-161, 2016.
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia Básica**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2010.
- BORBA, L. O. et al. Adaptação transcultural e validação do instrumento de Medida de Adesão ao Tratamento a pessoas com transtorno mental. **Rev. Bras Enferm**, v. 71, s. 5, 2018a.
- BORBA, L. O.; MAFTUM, M. A.; VAYEGO, S. A.; MANTOVANI, M. F.; FELIX, J. V. C.; KALINKE, L. P. Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, e03341, 2018b. DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017006603341>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/1980-220X-reeusp-52-e03341.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
- BRASIL. **Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001b**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 de abril de 2001b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em 20 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 30 dez. 2011. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/12/2011&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=160>. Acesso em: 17 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília, DF. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf. Acesso em: 22 set. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas**: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS volume 5**. Saúde mental. 2015 b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 01 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**: prevenção do uso do álcool e outras drogas em escolas e comunidades (2013-2015). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília, DF, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília, DF, 2015d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e no nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União nº 245, de 22 de dezembro de 2017**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União nº 9.761, de 11 de abril de 2019**.

CALVO, F.; CARBONELL, X.; VALERO, R.; COSTA, J.; TURRÓ, O.; GIRALD, C.; RAMÍREZ, M. Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. **Atención Primaria**, v. 50, p. 477-485, 2018.

CAMPÊLO, S. R.; BARBOSA, M. A.; DIAS, D. R.; CAIXETA, C. C.; LELES, C. R.; PORTO, C. Association between severity of illicit drug dependence and quality of life in a psychosocial care center in BRAZIL: cross-sectional study. **Health Qual Life Outcomes**, v. 15, 2017. DOI. 10.1186/s12955-017-0795-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5693571/>. Acesso em: 23 jun. 2019.

CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Comportamento suicida entre dependentes químicos. **Rev. Bras. Enferm**, v. 69, n. 2, 2016. DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690224i>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000200389&script=sci_arttext. Acesso em: 14 jul. 2019.

CAPISTRANO, F. C.; MAFTUM, M. A.; ALCÂNTARA, C. B.; FERREIRA, A. C. Z.; MAFTUM, G. J. Dimensões que interferem na adesão a medicação nos transtornos relacionados a substâncias: revisão integrativa. **Cogitare enferm**, v. 24, e. 58170, 2019. DOI. dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58170. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58170>. Acesso em: 14 jul. 2019.

CARVALHO, A. R. S. et al. Adaptação e validação de uma medida de adesão à terapia de anticoagulação oral. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, 2010.

CHAIM, C. H.; BANDEIRA, K. B. P.; ANDRADE, A. G. Fisiopatologia da dependência química. **Rev. Med**, v. 94, n. 4, p. 256-262, 2015. DOI. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v.94i4p256-262>. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/revistadc/article/view/108771/107197>. Acesso em: 14 jul. 2019.

CLEMENTS, K. M.; HYDERY, T.; TESELL, M. A.; GREENWOOD, B. C.; ANGELINI, M. C. A systematic review of community-based interventions to improve oral chronic disease medication regimen adherence among individuals with substance use disorder. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 188, p. 141-152, 2018. DOI. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.039>.

CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. **Psicofármacos**: consulta rápida. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

DAIGRE, C.; PAREA-ORTUETA.; BERENGUER, M.; EUCLIDES, O.; SORRIBES-PUERTAS, M.; PALMA-ALVAREZ, R. et al. Psychiatric factors affecting recovery after a long term treatment program for substance use disorder. **Psychiatry Research**, v. 276, p. 283, 2019. DOI. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.026>.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 2, n. 2, p. 81-100, 2001.

DIAS, M. T. G.; MENEGHEL, S. N.; CECCON, R. F.; JUNGES, E. M. G.; ÁVILA, M. Y. B. D.; ROSA, S. D, et al. Usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e

drogas, Porto Alegre, RS: perfil e desfecho. **Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2015.

DIEHL, A. et al. **Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 1, p. 10, 2014.

FERNANDES, S. S.; MARCOS, C. B.; KASZUBOWSKI, E.; GOULART, L. S. Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. **Cad. Saúde Colet**, v. 25, n. 2, p. 131-137. DOI. 10.1590/1414-462X201700020268. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2017nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201700020268.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2019.

FERREIRA, A. C. Z.; CAPISTRANO, F. C.; SOUZA, E. B.; BORBA, L. O.; KALINKE, L. P.; MAFTUM, M. A. Motivações de dependentes químicos para o tratamento: percepção de familiares. **Rev. Bras. Enferm**, v. 68, n. 3, 2015. DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680314i>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000300474&script=sci_arttext#B21. Acesso em: 20 mai. 2019.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 18, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.34292>. Acesso em: 03 out. 2017.

FIORELLI, K.; ASSINI, F. L. A prescrição de benzodiazepínicos no Brasil: uma análise da literatura. **ABCS Health Sci**, v. 42, n. 1, p. 40-44, 2017. DOI. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.948>. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/948>. Acesso em: 03 mai. 2019.

FONSECA, F. N. G. et al. Influência dos grupos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial entre usuários com dependência de cocaína/crack. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 551-561., 2014. DOI. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140051>. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140051>. Acesso em: 18 jun. 2019.

FONSECA, F. N.; GOLDIM, A. P. S.; FONTELES, M. M. F. Influência dos grupos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial entre usuários com dependência de cocaína/crack. **Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 551-561, 2014. DOI. 10.5935/0103-1104.20140051.

FORSMAN, L.; MATERMAN, T.; TASKANEN, A. Adherence to psychotropic medication in completed suicide in Sweden 2006-2013: a forensic-toxicological matched case-

control study. *Europe Journal of Clinical Pharmacology*, 2019. DOI. <https://doi.org/10.1007/s00228-019-02707-z>.

FRÖHLICH, S. E.; DAL PIZZOL, T. S.; MENGUE, S. S. Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1046-1054, 2010.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GAULT, I.; PELLE, J.; CHAMBERS, M. C. Co-production for service improvement: Developing a training programme for mental health professionals to enhance medication adherence in Black, Asian and Minority Ethnic Service Users. **Health Expectations**, p. 1-11, 2019. DOI. 10.1111/hex.12936. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12936>. Acesso em: 10 mai. 2019.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C.; LIMA, M. L. S. A. P.; PACE, A. E. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus: validação de instrumentos para antidiabéticos orais e insulina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2014.

HARTUNG, D. et al. Interventions to improve pharmacological adherence among adults with psychotic spectrum disorders end bipolar disorder: a systematic review. **Psychosomatics**, v. 58, p. 01-112, 2017.

HOLT, S. R.; TOBIN, D. G. Pharmacotherapy for alcohol use disorder. **Medical Clinics of North America**, v. 102, n. 4, p. 653-666, 2018. DOI. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.02.008>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712518300129?via%3Di> hub. Acesso em: 21 jun. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL O OUTRAS DROGAS (INPAD). **II Levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD)**. Supervisão de: LARANJEIRA, R. et al., São Paulo: UNIFESP, 2014.

JAREMKO, K. M. et al. Psychological and physiological stress negatively impacts early engagement and retention of opioid-dependent individuals on methadone maintenance. **J Subst Abuse Treat**, v. 48, n. 1, p. 117-27, 2015. Disponível em: <10.1016/j.sat.2014.08.006>. Acesso em: 03 out. 2017.

KESSLER, F. et al. Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI6) in Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 34, n. 1, p. 24-33, 2012.

LAUNONEN, E. et al. Factors associated with non-adherence and misuse of maintenance treatment medications and intoxicating drugs among finnish maintenance treatment patients. **Drug and Alcohol Dependence**, n. 162, p. 227-235, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.03.2017>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

LIMA-DELLAMORA, E. C. et al. Utilização de registros de dispensação de medicamentos na mensuração da adesão: revisão crítica da literatura. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017.

LOPES, M. C. B. T.; BIANCHE G. P.; COSTA, A. F.; OKUNO, M. F. P.; BATISTA, R. E. A.; CAMPANHARO, C. R. V. Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com distúrbios psiquiátricos no serviço de emergência. **Enferm. Foco**, v. 9, n. 4, p. 8-12, 2018.

MALTA, M. et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 559-565, 2010.

MALVEZZI, C. D.; GERHARDINGER, H. C.; SANTOS, L. F. P.; TOLEDO, V. P.; GARCIA, A. P. R. F. Adesão ao tratamento pela equipe de um serviço de saúde mental: estudo exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 2, p. 177-187, 2016. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5201>. Acesso em: 4 mai. 2019.

MARCHI, N. C.; SCHERER, J. N.; PACHADO, M. P.; GUIMARÃES, L. S.; SIEGMUND, G.; CASTRO, M. N. et al. Crack-cocaine users have less family cohesion than alcohol users. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 39, n. 4, 2017. DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2091>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462017000400346&script=sci_arttext. Acesso em: 23 jun. 2019.

MARTINS, A. J. C.; MARTINS, J. P.; SANTOS, S. A. S. Adesão ao regime medicamentoso antes e após intervenção de sensibilização terapêutica. **Rev. Enf. Ref**, v. ser IV, n. 14, 2017. DOI. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17021>. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 mai. 2019.

MASCARENHAS, N. C. S.; NUNES, J. R. Saúde mental e raça/etnia: um estudo acerca da questão racial e uso abusivo de álcool e outras drogas nos usuários/as negros/as atendidos/as no CAPSADIII de Palmas/TO. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 6, n. 8, 2019.

MAZZAIA, M. C.; SOUZA, M. A. Adesão ao tratamento no transtorno afetivo bipolar: percepção do usuário e do profissional de saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 17, p. 34-42, 2017.

McRAE-CLARK, A. L. et al. Concordance of direct and indirect measures of medication adherence in a treatment trial for cannabis dependence. **Journal of Substance Treatment**, n. 57, p. 70-74, 2015. DOI. 10.1016/j.sat.2015.05.002.

MELCHIORS, A. C.; CORRER, C. J.; FERNANDÉZ- LLIMOS, F. Tradução e Validação para o Português do Medication Regimen Complexity Index. **Arq Bras Cardiol**, v. 89, n. 4, p. 210-218, 2007.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence based practice in nursing healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MICHAELIS MODERNO DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. **Adesão**. 2017. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/ADES%C3%83O/>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

MIZUMOTO, J. Disappearing into the Drug Crowd: Hepatic encephalopathy caused by polypharmacy. **The American Journal of Medicine**. v. 24, 2019. DOI. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.05.052>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002934319305340?via%3Dihub>. Acesso em: 10 jun. 2019.

MUTHULINGAM, D.; BIA, J.; MADDEN, L. M.; FARNUM, S. O.; BARRY, D. T.; ALTICE, F. L. Using nominal group technique to identify barriers, facilitators, and preferences among patients seeking treatment for opioid use disorder: A needs assessment for decision making support. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 100, p. 18-28, 2019.

NASCIMENTO, M. O.; DOURADO, C. S. M. E.; NASCIMENTO, D. O. Complexidade terapêutica de diabéticos na atenção primária. **Rev. Ciênc. Méd**, v. 27, n. 1, p. 1-10, 2018. DOI. <http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n1a4147>.

O'BRIEN, P. L.; KARNELL, L. H.; GOKHALE, M.; PACK, B. S. K.; CAMPOPIANO, M.; ZUR, J. Prescribing of benzodiazepines and opioids to individuals with substance use disorders. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 178, n. 1, p. 223-230, 2017. DOI. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.014>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871617302879?via%3Dihub>. Acesso em: 14 jul. 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. **Gestão autônoma da medicação**. Guia de apoio a moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>> Acesso em: 03 nov. 2017.

OPSAL, A.; KRISTENSEN, O.; LARSEN, T. K.; SYVERSEN, G.; RUDSHAUG, B. E. A.; GERDNER, A.; CLAUSEN, T. Factors associated with involuntary admissions among patients with substance use disorders and comorbidity: a cross-sectional study. **BMC Health Serv Res**, v. 13, 2013. DOI. 10.1186/1472-6963-13-57. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3575229/>. Acesso em: 23 jun. 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS**. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Ginebra. 2002.

PAIANO, M.; KURATA, V. M.; LOPES, A. P. A. T.; BATISTELA, G. MARCON, S. S. Fatores Intervenientes na Adesão ao Tratamento de Usuários de Drogas Atendidos no Caps-Ad. **Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental**, v. 11, n. 3, 2019. Disponível em: <http://ciberindex.com/index.php/ps/article/view/P113687>. Acesso em: 24 jun. 2019.

PERRONE, P. A. K. **Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos**: um estudo longitudinal em duas Comunidades Terapêuticas. 208f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019.

PINSKY, I.; BERNAL, C.; VUOLO, L.; NEIGHBORS, C. Introducing care management to Brazil's alcohol and substance use disorder population. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 40, n. 3, 2018. DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2235>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462017005021103&lng=en&nrm=iso&tlng=en#B03. Acesso em: 10 mai. 2019.

POMPEO, D. A. **Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes no período pós-operatório imediato**: Revisão Integrativa da Literatura. 184f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul. Enferm**, v. 22, n. 4, p. 434-448, 2009.

REMONDI, F. A.; ODA, S.; CABRERA, M. A. S. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria à prática clínica. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v. 35, n. 2, p. 177-185, 2014. Disponível: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/2836/2836. Acesso em: 20 mai. 2019.

REMOR, K. V. T.; OGLIARI, L. C.; SAKAE, T. M.; GALATO, D. Adesão aos antirretrovirais em pessoas com HIV na grande Florianópolis. **Arq. Catarin Med**, v. 46, n. 2, p. 53-64, 2017.

ROSSI, V. E. C.; SILVA, A. L. FONSECA, G. S. S. Adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 5, n. 3, p. 1820-1830, 2015.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: Med Book, 2013.

SADOCK, B. L.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica [recurso eletrônico]. Tradução: Marcelo de Abreu Almeida et al. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; SUSSMAN, N. **Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan & Sadock**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2007.

SINIAK, D. S.; BRUM, Z. P. Adherence to medication therapy in users of psychoactive substances. **J. Res.: Fundam. Care**, v. 5, n. 4, p. 503-509, 2013. DOI. 10.9789/2175-5361.2013v5n4p503.

SINGULANE, B. A. R.; SILVA, N. B.; SARTES, L. M. A. Histórico e Fatores Associados à Criminalidade e Violência entre Dependentes de Crack. **Psico-USF**, v. 21, n. 2, 2016. DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712016210215>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712016000200395&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 jun. 2019.

SIQUEIRA, M. M. (Org). **Álcool, tabaco e outras drogas na atenção básica**. Vitória: EDUFES, 2016.

SOUZA, F. AF. F.; DUARTE, J. F.; ANDRADE, L. M.; LEITE, P. I. P.; CARVALHO, P. M. M. Avaliação do grau de adesão à terapia de ansiolítico em pacientes atendidos em uma farmácia municipal no estado do Ceará. **Rev. e-ciência**. v. 6.; n. 1, p. 17-22, 2018. DOI. dx.doi.org/10.19095/rec.v6i1.337. Disponível em: <http://www.revistafjn.com.br/revista/index.php/eciencia/article/view/03>. Acesso em: 07 mai. 2019.

SOUSA, L. P. C.; VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. Adesão ao tratamento medicamentoso por pessoas com transtorno de ansiedade. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 1, p. 01-11, 2016.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, v. 8, n. 1, 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf>. Acesso em 07 mai. 2014.

STEINKAMP, J. M.; GOLDBLATT, N.; BORODOVSKY, J. T.; LAVERTU, A.; KRONISH, I. M.; MARSCH, L. A.; SCHUMAN-OLIVIER, Z. Technological interventions for medication adherence in adult mental health and substance use disorders: a systematic review. **JMIR Ment Health**, v. 6 n. 3 p. e12493, 2019. DOI. 10.2196/12493. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30860493>. Acesso em: 22 mai. 2019.

STETLER, C. B. et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Appl. Nurs. Res**, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.

STOUT, R. L. et al. What happens when people discontinue taking medications? Lessons from COMBINE. **Addiction**, v. 109, n. 12, p. 2044-52, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/add.12700>>. Acesso em: 23 out. 2017.

STRICKLAND, J. C.; STOOPS, W. W.; KINCER, M. A.; RUSH, C. R. The impact of financial strain on medication non-adherence: Influence of psychiatric medication use.

Psychiatry Research. v. 271, p. 389-395, 2019. DOI. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.055>.

TEIXEIRA, J. K. S. **Atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas na concepção dos profissionais.** 94f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

TRINDADE, V.; BARTILOTTI, C. B. “Não quebrou a corrente, mas abriu um elo entre nós”: o impacto da dependência química materna sobre o vínculo mãe-filho. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 13, n. 1, p. 4-12, 2017. DOI. 10.11606/issn.1806-6976.v13i1p4-12. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/803/80349973002.pdf>. Acesso em: 4 mai. 2019.

UNITED NATIONS OFICE OS DRUGS AND CRIME (UNODC). **World drug report.** United Nations publication, 2019. Disponível em: <https://www.unodc.org/wdr2017/en/topics.html>. Acesso em: 25 set. 2017.

VIEIRA, L. B. et al. Desenvolvimento de um dispositivo eletrônico para organizar medicamentos e promover a adesão medicamentosa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 39, n. 4, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies.** Evidence for action. 2003. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/. Acesso em: 22 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Substance abuse.** 2017. Disponível em: http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/. Acesso em: 29 ago. 2017.

ZANELATO, N. A.; LARANJEIRA, R. O. **Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais.** Um guia para terapeutas. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

ZANETTI, L. L.; STUMM, E. M. F.; BOSSE, F. G.; OLIVEIRA, R. BANDEIRA, V. A. C.; COLET, C. F. Tratamento medicamentoso e não medicamentoso de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Scientia Medica**, v. 27, n. 4, 2017. DOI. 10.15448/1980-6108.2017.4.28277.

ZHANG, B. et al. Impact of blended treatment literacy and psychoeducation on methadone maintenance treatment outcomes in Yunnan, China. **Harm Reduction Journal**, v. 13, n. 8, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12954-016-0097-y>. Acesso em: 22 fev. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO ADAPTADO DE COLETA DE DADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

1 IDENTIFICAÇÃO

Título da publicação	
Título do Periódico	
Base de dados	
Autores	Nome: Local de Trabalho: Graduação:
País de origem dos autores	
Idioma	
Ano de publicação	
Instituição sede do estudo	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Universidade <input type="checkbox"/> Centro de pesquisa <input type="checkbox"/> Instituição única <input type="checkbox"/> Pesquisa multicêntrica <input type="checkbox"/> Outras instituições <input type="checkbox"/> Não identifica o local
Tipo de publicação	A – Material científico <input type="checkbox"/> Livro texto <input type="checkbox"/> Dissertação/Tese <input type="checkbox"/> Artigo de Periódico <input type="checkbox"/> Proceedings/Anais <input type="checkbox"/> Outros B – Tipo de revista científica <input type="checkbox"/> Publicação de enfermagem geral <input type="checkbox"/> Publicação de enfermagem perioperatória <input type="checkbox"/> Publicação de enfermagem de outra especialidade Qual: _____ <input type="checkbox"/> Publicação médica <input type="checkbox"/> Publicação de outras da saúde Especificar: _____

2 INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Introdução	<input type="checkbox"/> define o objeto de investigação <input type="checkbox"/> justifica a relevância do estudo <input type="checkbox"/> Apresenta revisão de literatura relacionada ao tema do estudo <input type="checkbox"/> o quadro teórico representa o conteúdo do estudo
Objetivo/ questão de investigação/ hipótese	Descrever: _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> o autor define claramente o objetivo do estudo

3 CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS

Delineamento do estudo	<p align="center">A - Estudo com dados primários</p> <p>() Abordagem quantitativa</p> <p style="padding-left: 40px;">() Delineamento experimental (delineamento fatorial; delineamentos de medidas repetidas; ensaios clínicos).</p> <p style="padding-left: 40px;">() Delineamento quase-experimental (delineamento de grupo controle não equivalente; delineamento tempo-série).</p> <p style="padding-left: 40px;">() Delineamento não experimental (pesquisa correlacional; pesquisa descritiva)</p> <p>() Abordagem qualitativa</p> <p style="padding-left: 40px;">() Etnografia () Fenomenologia () Teoria Fundamentada () Outras</p> <p>B - Estudo com dados secundários</p> <p>() Revisão sistemática () Revisão integrativa () Revisão de literatura</p> <p>C – () Outras. Qual? _____</p> <p>D – () O autor define claramente o delineamento do estudo</p>
Amostra	<p>Seleção: () randômica () conveniência () Outra _____</p> <p>Tamanho (n): inicial _____ final: _____</p> <p>Características: idade: _____; Sexo: () M () F; Raça: _____</p> <p style="padding-left: 100px;">Diagnóstico: _____</p> <p style="padding-left: 100px;">Tipo de Cirurgia: _____</p> <p>Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Técnica para a coleta de dados	<p>Descrever: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>() entrevista semi-estruturada () observação</p> <p>() o instrumento de coleta de dados foi descrito</p> <p>() o instrumento foi submetido à avaliação</p> <p>Variável independente (intervenção): _____</p>

	Variável dependente: _____ Grupo controle: () sim () não Duração do estudo: _____
Análise dos dados	() análise descritiva () análise estatística Descrever: _____ _____ _____ _____ () os dados apresentaram diferença estatisticamente significativa

4 RESULTADOS

Resultados	Descrever: _____ _____ _____ _____ _____ _____ () foram apresentados de maneira clara e objetiva () foram explorados e discutidos Fatores relacionados identificados: _____ _____ _____ _____ Características definidoras apresentadas: _____ _____ _____
------------	---

5 CONCLUSÕES

Conclusões	Descrever: _____ _____ _____ _____ _____ _____ () as conclusões são justificadas com base nos resultados Quais são as recomendações dos autores: _____ _____ _____
Nível de evidência Melnyk; Fineout-Overholt (2011)	() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7

APÊNDICE B – REFERÊNCIAS DA REVISÃO INTEGRATIVA

1. ALFORD, D. P. et al. Treating homeless opioid dependent patients with buprenorphine in an office-based setting. **J. Gen. Intern Med**, v.22, n.2, p.171-6, 2007. Doi:10.1007/s11606-006-0023-1.
2. BANTA-GREEN, C. J. et al. Retention in methadone maintenance drug treatment for prescription-type opioid primary users compared to heroin users. **Addiction**, v.104, n.5, p.775-83, 2009 May. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02538.x>.
3. BAROS, A. M. et al. What role does measuring medication compliance play in evaluating the efficacy of naltrexone? **Alcoholism clinical & experimental research**, v.31, n.4, p.596-603, 2007 Apr. Doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00343.x>.
4. BAXTER, J. D. et al. Adherence to buprenorphine treatment guidelines in a Medicaid program. **Substance abuse**, v.36, n.2, p.174-82, 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08897077.2014.991469>.
5. BUKTEN, A. et al. Factors associated with dropout among patients in opioid maintenance treatment (OMT) and predictors of re-entry. **Addictive behaviors**, v.39, n.10, p.1504-9, 2014 Oct. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.007>.
6. BURNS, L. et al. A longitudinal comparison of retention in buprenorphine and methadone treatment for opioid dependence in New South Wales, Australia. **Addiction**, v.110, n.4, p.646-655, April 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/add.12834>.
7. CHEN, W. et al. Effectiveness of prize-based contingency management in a methadone maintenance program in China. **Drug and Alcohol Dependence**, v.133, n.1, p.270-4, 2013 Nov. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.05.028>.
8. CLARK, C. B. et al. Methadone maintenance treatment may improve completion rates and delay opioid relapse for opioid dependent individuals under community corrections supervision. **Addictive behaviors**, v.39, n.12, p.1736-40, 2014 Dec. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.011>.
9. CORRÊA FILHO, J. M.; BALTIERI, D. A. Psychosocial and clinical predictors of retention in outpatient alcoholism treatment. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.34, n.4, p.413-421, 2012 Dec. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.003>.
10. DEFULIO, A. et al. Employment-based reinforcement of adherence to an FDA approved extended release formulation on naltrexone in opioid-dependent adults: a randomized controlled trial. **Drug and Alcohol Dependence**, v.120, n.1-3, p. 48-54, 2013 Nov. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.06.023>.

11. DUNN, K. et al. Employment-based reinforcement of adherence to oral naltrexone treatment unemployed injection drug users. **Exp. Clin. Psychopharmacol**, v.21, n.1, p.74-83, Feb. 2013. Doi:10.1037/a0030743.
12. DUNN, K. et al. Employment-based reinforcement of adherence to oral naltrexone in unemployed injection drug users: 12-month outcomes. **PsycholAddictBehav.**, v.29, n.2, p:270-6, Jun. 2015. Doi:10.1037/adb0000010.
13. FINNELL, D. S.; OSBORNE, F.H. Stages of change for psychotropic medication adherence and substance cessation. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.20, n.4, p.166-74, 2006 Aug. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2005.12.006>.
14. GU, J. et al. Misconceptions predict dropout and poor adherence prospectively among newly admitted first-time methadone maintenance treatment clients in Guangzhou, China. **Addiction**, v.107, n.9, p.1641-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03859.x>.
15. GUEORGUIEVA, R. et al. Temporal patterns of adherence to medications and behavioral treatment and their relationship to patient characteristics and treatment response. **Addictive Behaviors**, v.38, n.5, p.2119-2127, 2013 May. Doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.01.024>.
16. HEFFNER, J. L. et al. Combining motivational interviewing with compliance enhancement therapy (MI-CET): development and preliminary evaluation of a new, manual-guided psychosocial adjunct to alcohol-dependence pharmacotherapy. **J. Stud Alcohol Drugs.**, v.71, n.1, p.61-70, Jan. 2010. Doi:10.15288/jsad.2010.71.61.
17. HOLT, M. Agency and dependency within treatment: drug treatment clients negotiating methadone and antidepressants. **Soc. Sci. Med.**, v.64, n.9, p.1937-47, 2007 May. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.01.011>.
18. JAREMKO, K. M. et al. Psychological and physiological stress negatively impacts early engagement and retention of opioid-dependent individuals on methadone maintenance. **J Subst Abuse Treat.**, v.48, n.1, p:117-27, Jan. 2015. Doi:10.1016/j.sat.2014.08.006.
19. JIANG, H. et al. Factors associated with one year retention to methadone maintenance treatment program among patients with heroin dependence in China. **Subst Abuse Treat Prev Policy**, 24,9:11, Feb. 2014. Doi: 10.1186/1747-597X-9-11.
20. KELLY, S. M. et al. Predictors of Methadone Treatment Retention from a Multi-Site Study: A Survival Analysis. **Drug and Alcohol Dependence**, v.117, n.2-3, p.170-5, 2011 Sep. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.01.008>.
21. KRANZLER, H. R. et al. Persistence with Oral Naltrexone for Alcohol Treatment: Implications for Healthcare Utilization. **Addiction**, v.103, n.11,

- p.1801-1808, 2008 Nov. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02345.x>.
22. LAUNONEN, E. et al. Factors associated with non-adherence and misuse of opioid maintenance treatment medications and intoxicating drugs among finnish maintenance treatment patients. **Drug and Alcohol Dependence**, v.1, n.162, p.227-35, May 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.03.2017>.
 23. LIU, E. et al. Correlates of methadone client retention: a prospective cohort study in Guizhou province, China. **Int. J. Drug Policy**, v.20, n.4, p.304-308, 2009 Jul. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.09.004>.
 24. MARIENFELD, C. et al. Evaluation of an implementation of methadone maintenance treatment in China. **Drug Alcohol Depend.**, 157:60-67, Dec. 2015. Doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.10.001.
 25. McRae- CLARK, A. L. et al. Concordance of direct and indirect measures of medication adherence in a treatment trial for cannabis dependence. **J Subst Abuse Treatment**, v.50, p.70-4, Oct. 2015. Doi:10.1016/j.sat.2015.05.002.
 26. NEUMANN, A. M. et al. Primary care patient characteristics associated with completion of 6-month buprenorphine treatment. **Addictive Behaviors**, v.38, n.11, p.2724-8, 2013 Nov. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.07.007>.
 27. NUIJTEN, M. et al. Treatment of crack-cocaine dependence with topiramate: a randomized controlled feasibility trial in The Netherlands. **Drug and Alcohol Dependence**, v.138, p.177-84, 2014 May. Doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.02.024>.
 28. OSLIN, D.W. et al. A placebo-controlled randomized clinical trial of naltrexone in the context of different levels of psychosocial intervention. **AlcoholClin. Exp. Res.**, v.32, n.7, p.1299-308, 2008 Jul. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00698.x>.
 29. PARRAN, T.V. et al. Long-term outcomes of office-based buprenorphine/naloxone maintenance therapy. **Drug and Alcohol Dependence**, v.106, n.1, p.56-60, 2010 Jan. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.07.013>.
 30. PELES, E.; SCHREIBER, S.; ADELSON, M. Factors predicting retention in treatment: 10-year experience of a methadone maintenance treatment (MMT) clinic in Israel. **Drug and Alcohol Dependence**, v.82, n.3, p.211-7, 2006 May. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.09.004>.
 31. PETERS, N. E et al. Co-occurring marijuana use is associated with medication nonadherence and nonplanning impulsivity in young adult heavy drinkers. **Addictive Behaviors**, v.37, n.4, p.420-6, 2012 Apr. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.11.036>.

32. RAFFA, J. D. et al. The impact of ongoing illicit drug use on methadone adherence in illicit drug users receiving treatment for HIV in a directly observed therapy program. **DrugAlcoholDependence**, v.89, n.2-3, p.306-9, 2007 Jul.
33. SHEPHERD, A. et al. The impact of dispensing fees on compliance with opioid substitution therapy: a mixed methods study. **Subst Abuse TreatPrevPolicy**, 9:32, Aug. 2014. Doi:10.1186/1747-597X-9-32.
34. SHOLER, N. L. et al. Home-versus office-based buprenorphine inductions for opioid-dependent patients. **J. Subst. Abuse Treat.**, v.38, n.2, p.153-159, Mar. 2010. Doi:10.1016/j.sat.2009.08.001.
35. STONER, S. A. et al. Randomized controlled trial of a mobile phone intervention for improving adherence to naltrexone for alcohol use disorders. **PLOS ONE.**, v.10, n.4, e0124613. Doi:10.1371/journal.pone.0124613.ecollection2015.
36. STONER, S. A.; HENDERSHOT, C. S. A randomized trial evaluating an mHealth system to monitor and enhance adherence to pharmacotherapy for alcohol use disorders. **Addict. Sci. Clin. Pract.**, n.8, p.7:9, Jun. 2012. Doi:10.1186/1940-0640-7-9.
37. STOUT, R. L. et al. What happens when people discontinue taking medications? Lessons from COMBINE. **Addiction**, v.109, n.12, p.2044-52, 2014 Dec. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/add.12700>.
38. STREEL, E. et al. DSM IV Axis II traits can influence compliance to treatment with oral naltrexone: A preliminary study on 30 opiate dependent patients. **Addictive Behaviors**, v.39, n.1, p.321-4, 2014 Jan. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.08.031>.
39. SULLIVAN, M. A. et al. Opioid use and dropout in patients receiving oral naltrexone with or without single administration of injection naltrexone. **DrugAlcoholDepend.**, 147122-9, Feb. 2015. Doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.11.028.
40. WALCHER, S. et al. The opiate dosage adequacy scale for identification of the right methadone dose-a prospective cohort study. **BMC PharmacolToxicol**, 17:15, Apr. 2016. Doi:10.1186/s40360-016-0058-9.
41. WEISS, R. D. et al. Who benefits from additional drug counseling among prescription opioid-dependent patients receiving buprenorphine-naloxone and standard medical management? **Drug and Alcohol Dependence**, v.1, n.140, p.118-22, 2014 Jul. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.04.005>.
42. ZHANG, B. et al. Impact of blended treatment literacy and psychoeducation on methadone maintenance treatment outcomes in Yunnan, China. **HarmReductionJournal**, 13:8, Feb. 2016. Doi: 10.1186/s12954-016-0097-y.
43. ZWEBEN, A. et al. Relationship between medication adherence and treatment

outcomes; the COMBINE study. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, v.32 n.29, p.1661-9, 2008 Sep. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00743.x>.

APÊNDICE C – MANUAL DE PREENCHIMENTO DOS INSTRUMENTOS

1. INSTRUMENTO ELABORADO PELO AUTOR

1.1 BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA

1. Número da entrevista: Não preencher.
2. Entrevistador: Escreva seu nome por extenso e de forma legível.
3. Data da entrevista: Preencher a data de realização da entrevista no modelo dia/mês/ano.
4. CAPS AD: Assinalar com 'X' o local que está sendo realizado a entrevista.
5. Nome do entrevistado: Escrever o nome completo do entrevistado. Nesse momento é necessário ressaltar sobre o sigilo e anonimato do participante e que o preenchimento deste campo é necessário somente para o controle interno.

1.2 BLOCO 2: CARACTERIZAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA

Questão 1: Há prescrição medicamentosa no Plano Terapêutico Singular?

Resposta dicotômica (sim/não).

Preencher se há prescrição medicamentosa ao indivíduo conforme o prontuário do participante.

Questão 2:Medicações prescritas.

Resposta aberta. Podendo ser mais de uma medicação.

Escrever conforme está prescrito no prontuário do participante.

Questão 3:Quantas medicações são utilizadas diariamente?

Marcar a quantidade de medicações consumidas diariamente conforme está prescrito no prontuário do participante.

Questão 4:Alguma vez o você recebeu informação sobre o uso desses medicamentos (sobre doses, horários e efeitos colaterais) por algum profissional de saúde?

Resposta dicotômica (sim/não). Perguntar ao participante e caso a resposta for negativa, deve-se pular para a questão 6.

Questão 5:Dos profissionais de saúde listados abaixo, qual lhe forneceu informações sobre os medicamentos prescritos para o tratamento dos transtornos relacionados a substâncias?

Ler para o participante as opções referentes a categoria dos profissionais listados e assinalar quando a resposta for positiva. Na resposta 'Outros' perguntar ao participante se há outros profissionais que forneceu informações sobre os medicamentos prescritos e escrever a resposta caso houver.

Questão 6:Na maioria das vezes, de que maneira o você consegue os medicamentos para o tratamento relacionado a substância?

Ler para o participante as opções referentes aos possíveis locais de distribuição de medicação e assinalar aquela que for positiva. Na opção 'De outra maneira', escrever a resposta do participante caso houver.

Questão 7:Alguma vez o você teve dificuldade para conseguir a medicação para o tratamento do transtornos relacionados a substâncias?

Resposta dicotômica (sim/não). Caso a resposta for negativa pular para a questão 9.

Questão 8:Qual dificuldade?

Ler para o participante as opções referentes dificuldades referentes a terapêutica medicamentosa e assinalar aquela que for positiva. Na opção 'Outra', escrever a resposta do participante caso houver outra dificuldade.

Questão 9: Você se sente motivado para seguir a terapêutica medicamentosa para o transtornos relacionados a substâncias?

Resposta dicotômica (sim/não).

Questão 10: No último mês, alguma vez você deixou de tomar os medicamentos para os transtornos relacionados a substâncias?

Resposta dicotômica (sim/não). Caso a resposta seja negativa pular para a questão 12.

Questão 11: Por quais motivos deixou de tomá-los?

Ler para o participante as opções referentes aos motivos que o fizeram para de tomar a medicação e assinalar aquela que for positiva. Na opção 'outros motivos', escrever a resposta do participante caso houver.

Questão 12: Você sente alguma mudança agradável no seu estado geral quando faz uso regular da medicação?

Resposta dicotômica (sim/não).

Questão 13: Você sente alguma mudança desagradável no seu estado geral quando faz uso regular da medicação?

Resposta dicotômica (sim/não).

Questão 14: Você cuida sozinho (a) dos horários e das doses da medicação que precisa tomar para o tratamento dos transtornos relacionados a substâncias?

Resposta dicotômica (sim/não). Caso a resposta for positiva pular para a questão 16.

Questão 15: Quem lhe ajuda com as doses e horários da medicação?

Ler para o participante as opções referentes as possíveis pessoas que o ajudam com a terapêutica medicamentosa e assinalar aquela que for positiva.

Questão 16: Sua família lhe incentiva a seguir a terapêutica medicamentosa para os transtornos relacionado a substâncias?

Resposta dicotômica (sim/não).

1.2 BLOCO 3: INFORMAÇÕES GERAIS

Questão 17: Alguma vez você já teve overdose não intencional?

Resposta dicotômica (sim/não).

Questão 18: Possui alguma comorbidade psiquiátrica?

Resposta dicotômica (sim/não).

Preencher se há prescrição comorbidade psiquiátrica conforme o prontuário do participante.

Questão 19: Qual comorbidade psiquiátrica?

Resposta aberta. Podendo ser mais de uma medicação.

Assinalar conforme está prescrito no prontuário do participante. Na opção 'Outros', escrever exatamente como o prontuário.

Questão 20: Alguém da sua família tem problemas com álcool ou outras drogas?

Resposta dicotômica (sim/não).

Questão 21: Alguém da sua família tem algum transtorno mental?

Resposta dicotômica (sim/não).

2. MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO (MAT)

Ler as opções de resposta a cada das sete perguntas feita, para tanto é necessário utilizar a régua abaixo com o intuito de facilitar o entendimento do participante na resposta. Deverá ser marcado um 'X' na resposta indicada pelo participante.

SEMPRE	QUASE SEMPRE	COM FREQUENCIA	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
1	2	3	4	5	6

Não é necessário contabilizar os pontos do MAT nem assinalar a opção 'adesão/ não adesão' do instrumento, essas informações serão realizadas pela pesquisadora no final da entrevista.

3. NÍVEL DE CONHECIMENTO

As perguntas deste instrumento referem-se aos medicamentos que o participante está fazendo o uso caso houver mais de uma medicação prescrita é necessário considerar o primeiro da prescrição médica recebida para responder as questões.

Questão 1: Qual o nome do medicamento prescrito?

Marcar um 'X' no 'item 1' caso o participante não souber a resposta ou no item '2' caso souber e descrever a resposta fornecida pelo participante.

Nesta questão o nome do medicamento será considerado como certo quando for pronunciado corretamente ou de forma semelhante, podendo ser o nome genérico, fantasia ou a substância ativa.

Questão 2: Para que o médico lhe receitou esse medicamento?

Marcar um 'X' no 'item 1' caso o participante não souber a resposta ou no item '2' caso souber e descrever a resposta fornecida pelo participante.

Nesta questão a indicação terapêutica será considerada como correta quando houver concordância com a classe terapêutica do medicamento. Não é necessário considerar diferenças entre terminologia técnica ou popular.

Questão 3: Qual a dose que você deve tomar do medicamento?

Marcar um 'X' no 'item 1' caso o participante não souber a resposta ou no item '2' caso souber e descrever a resposta fornecida pelo participante.

Nesta questão a dose da medicação será considerada como correta quando houver concordância entre a resposta do paciente e a quantidade a ser administrada em cada horário.

Questão 4: Quais os horários que você deve administrar o medicamento?

Marcar um 'X' no 'item 1' caso o participante não souber a resposta ou no item '2' caso souber e descrever a resposta fornecida pelo participante.

Nesta questão os horários de administração da medicação serão considerados como correto quando houver concordância entre a resposta do participante e a prescrição.

Questão 5: Por quanto tempo você deve utilizar o medicamento prescrito?

Marcar um 'X' no 'item 1' caso o participante não souber a resposta ou no item '2' caso souber e descrever a resposta fornecida pelo participante. Caso o tempo for indefinido marcar um 'X' no item 3.

Nesta questão o tempo necessário do tratamento medicamento será considerado como correto quando houver concordância entre a resposta do participante e o prontuário.

Questão 6: Como você deve utilizar o medicamento prescrito?

Marcar um 'X' no 'item 1' caso o participante não souber a resposta ou no item '2' caso souber e descrever a resposta fornecida pelo participante.

Nesta questão, o modo de administração será considerado como correto quando houver concordância entre a resposta do participante e o prontuário.

Questão 7: O que você deve fazer se esquecer de tomar uma ou mais doses?

Marcar um 'X' no item '1' caso o participante não souber a resposta ou no item '2' caso souber e descrever a resposta fornecida pelo participante.

Nesta questão, o modo de administração será considerado como correto quando houver concordância entre a resposta do participante e literatura (bula da medicação).

Questão 8: Há algum outro medicamento ou alimento ou bebida que você deve evitar enquanto estiver fazendo uso do medicamento?

Marcar um 'X' no 'item 1' caso houver algum medicamento, alimento ou bebida a se evitar enquanto o participante estiver fazendo o uso da medicação e descrever a resposta fornecida pelo participante.

Caso não houver nenhum medicamento, alimento ou bebida, marcar um 'X' no item '2'. E caso o participante não souber, marcar um 'X' no item '3'.

Nesta questão, o modo de administração será considerado como correto quando houver concordância entre a resposta do participante e literatura (bula da medicação).

Questão 9: Esse remédio pode lhe causar reações desagradáveis?

Marcar um 'X' no item '1' caso o participante souber se o medicamento pode causar reações adversas e descrever a resposta fornecida pelo participante.

Caso não houver nenhuma reação desagradável, marcar um 'X' no item '2' e posteriormente pular para a questão 11. E caso o participante não souber, marcar um 'X' no item '3' e posteriormente pular para a questão 11.

Nesta questão, as reações adversas serão consideradas como correto quando houver concordância entre a resposta do participante e literatura (bula da medicação).

Questão 10: Você já apresentou alguma(s) dessa(s) reação(ões)?

Resposta dicotômica (sim/não).

Questão 11: Você necessita de mais informações para tomar o seu medicamento?

Resposta dicotômica (sim/não). Caso a resposta for 'sim' ir para a pergunta 12.

Questão 12: Quais dessas informações você necessita?

12.1: Como tomar o medicamento.

Resposta dicotômica (sim/não).

12.2: Por quanto tempo preciso tomar o medicamento.

Resposta dicotômica (sim/não).

12.3: Se o medicamento pode causar alguma reação desagradável.

Resposta dicotômica (sim/não).

12.4: Se há algum outro medicamento que não posso tomar enquanto estiver tomando este.

Resposta dicotômica (sim/não).

APÊNDICE D - INSTRUMENTO ELABORADO PELA AUTORA

 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <p>Universidade Federal do Paraná</p> <p>Programa de Pós-graduação em Enfermagem</p> </div>	
<p>Projeto “Adesão ao tratamento pela pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas”</p>	
<p>INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS</p>	
<p>BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA</p>	
<p>Número da entrevista: ____</p> <p>Entrevistador: _____</p> <p>Data da entrevista: ____/____/____</p> <p>CAPS AD:</p> <p>(1) Bairro Novo (2) Boa Vista (3) Cajuru (4) CIC (5) Portão</p> <p>Nome do Entrevistado: _____</p>	<p>ide: ____</p> <p>ent: ____</p> <p>dte: ____/____/____</p> <p>cap: ____</p>
<p>BLOCO 2 – CARACTERIZAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA</p>	
<p>1. Há prescrição medicamentosa no Plano Terapêutico Singular?(Informação do prontuário)</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	<p>hpm: ____</p>
<p>2. Medicções prescritas: (Informação do prontuário)</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p>	<p>mpr: ____</p>
<p>3. Quantas medicações são utilizadas diariamente?(Informação do prontuário)</p> <p>(1) Uma medicação</p> <p>(2) Duas</p> <p>(3) Três</p> <p>(4) Quatro</p> <p>(6) Cinco ou mais</p>	<p>mdr: ____</p>
<p>4. Alguma vez o você recebeu informação sobre o uso desses medicamentos (sobre doses, horários e efeitos colaterais) por algum profissional de saúde? se não passe para a pergunta 6.</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	<p>ime: ____</p>
<p>5. Dos profissionais de saúde listados abaixo, qual lhe forneceu informações sobre os medicamentos prescritos para o tratamento do transtornos relacionados a substâncias?</p> <p>Médico (1) Sim (2) Não</p> <p>Enfermeiro (1) Sim (2) Não</p>	<p>med: ____</p> <p>enf: ____</p> <p>psi: ____</p> <p>ass: ____</p> <p>opm: ____</p>

Psicólogo (1) Sim (2) Não Assistente Social (1) Sim (2) Não Outro (1) Sim (2) Não Qual? _____	
6. Na maioria das vezes, de que maneira o você consegue os medicamentos para o tratamento relacionado a substância? (Possível marcar mais de uma opção de resposta) (1) no CAPS (2) na Unidade Básica de Saúde (postinho) (3) na Farmácia Pública (Municipal, do CPM) (4) recurso próprio (comprou). (5) de outra maneira. Qual? _____	cme: ____ cme1: ____ cme2: ____ cme3: ____
7. Alguma vez o você teve dificuldade para conseguir a medicação para o tratamento dos transtornos relacionados a substâncias? Se não passe para a pergunta 9. (1) Sim (2) Não	dif: ____
8. Qual dificuldade? (1) estava em falta na rede básica (2) Não tinha dinheiro para comprar (3) Não conseguia a receita (4) Outra . qual? _____	qdi: ____ qdi1: ____ qdi2: ____ qdi3: ____ qdi4: ____
9. Você se sente motivado para seguir a terapêutica medicamentosa para os transtornos relacionados a substâncias? (1) Sim (2) Não	Mot: ____
10. No último mês, alguma vez você deixou de tomar os medicamentos para os transtornos relacionados a substâncias? Se não passe para a pergunta 12. (1) Sim (2) Não	ntm: ____
11. Por quais motivos deixou de tomá -los? (1) esquecimento (2) falta de dinheiro para comprar (3) sentir algo desagradável (4) deixou terminar a medicação sem providenciar a reposição (5) não percebe a necessidade em tomar sempre a medicação prescrita (6) falta de vontade (7) outros motivos. Quais? _____	dxa1: ____ dxa2: ____ dxa3: ____ dxa4: ____
12. Você sente alguma mudança agradável no seu estado geral quando faz uso regular da medicação? (1) Sim (2) Não	agr: ____
13. Você sente alguma mudança desagradável no seu estado geral quando faz uso regular da medicação? (1) Sim (2) Não	des: ____

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Mariluci Alves Maftum, pesquisadora da Universidade Federal do Paraná, estou convidando você a participar de um estudo intitulado “Adesão ao tratamento psicossocial pelo dependente de substância psicoativa”, o qual se justifica pela necessidade de prestar cuidado de enfermagem que vá ao encontro das necessidades dessa clientela.

a) Os objetivos desta pesquisa são: verificar a adesão do dependente de substância psicoativa ao uso de medicamentos no tratamento em saúde mental; verificar o risco de suicídio de dependentes de substâncias psicoativas; e associar variáveis do perfil demográfico, socioeconômico, familiar, clínico e farmacoterapêutico com os desfechos: adesão ao tratamento na saúde mental e risco de suicídio;

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a algumas perguntas dirigidas a você durante uma entrevista que dura em torno de 40 minutos.

c) Para tanto você deverá comparecer ao CAPS AD para o atendimento de saúde conforme já é estabelecido em sua agenda de tratamento.

d) A sua participação na pesquisa implica no risco de relembrar e/ou verbalizar situações que tenham sido vivenciadas por você de maneira desagradável. Entretanto, todas as medidas relacionadas à sua privacidade e conforto, bem como os esclarecimentos pertinentes serão garantidos.

e) Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados a contribuir com a manutenção do estado de saúde dos dependentes de substâncias psicoativas e melhorar a adesão ao tratamento em saúde mental. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

f) A pesquisadora Mariluci Alves Maftum, Enfermeira. Docente da Universidade Federal do Paraná, responsável por este estudo poderá ser contatada no endereço Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPR. Av. Pref. Lothario Meissner, 632. 3º andar – Jardim Botânico. Curitiba/PR, pelo telefone (41) 3361-3756, de segunda a sexta-feira em horário comercial e pelo e-mail: maftum@ufpr.br, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisador responsável e pesquisadores colaboradores da pesquisa). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.**

i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa **não são de sua responsabilidade.** Pela sua participação no estudo você **não receberá qualquer valor em dinheiro.**

j) Algumas informações complementares sobre seu tratamento poderão ser retiradas em seu prontuário por pessoas autorizadas e sob supervisão da pesquisadora responsável.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

l) Após a aplicação do instrumento de risco de suicídio, caso você apresente risco elevado para suicídio será encaminhado para atendimento com seu técnico de referência no CAPS AD.

Rubricas:
Participante da Pesquisa -

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivos do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete o meu atendimento no CAPS AD.

Curitiba, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante de Pesquisa

Prof^aDr^aMariluci Alves Maftum
Pesquisadora Responsável

ANEXOS

ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA ELABORADO POR POMPEO (2007)

1. IDENTIFICAÇÃO

Título da publicação	
Título do periódico	
Base de dados	
Autores	Nome: Local de trabalho: Graduação:
País de origem dos autores	
Idioma	
Ano de publicação	
Instituição sede do estudo	() Hospital () Universidade () Centro de Pesquisa () Instituição única () Pesquisa multicêntrica () Outras instituições () Não identifica o local
Tipo de publicação	A – Material científico () Livro texto () Dissertação/Tese () Artigo de Periódico () Proceedings/Anais () Outros B – Tipo de revista científica () Publicação de enfermagem geral () Publicação de enfermagem perioperatória () Publicação de enfermagem de outra especialidade Qual: _____ () Publicação médica () Publicação de outras áreas da saúde Especificar: _____

2. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Introdução	() define o objeto de investigação () justifica a relevância do estudo () apresenta revisão de literatura relacionada ao tema do estudo () o quadro teórico representa o conteúdo do estudo
Objetivo/ questão de investigação/ hipótese	Descrever: _____ _____ _____ _____ () o autor define claramente o objetivo do estudo

3. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS:

Delineamento do estudo	<p align="center">A – Estudos com dados primários</p> <p>() Abordagem quantitativa</p> <p style="margin-left: 400px;">() Delineamento experimental (delineamento fatorial; delineamento de medidas repetidas; ensaios clínicos).</p> <p style="margin-left: 400px;">() Delineamento quase-experimental (delineamento de grupo controle não equivalente; delineamento tempo-série)</p> <p style="margin-left: 400px;">() Delineamento não experimental (pesquisa correlacional; pesquisa descritiva)</p> <p>() Abordagem qualitativa</p> <p style="margin-left: 400px;">() Etnografia () Fenomenologia () Teoria fundamentada () Outras</p> <p>B – Estudos com dados secundários</p> <p>() Revisão sistemática () Revisão integrativa () Revisão de literatura</p> <p>C - () Outras. Qual? _____</p> <p>D - () O autor define claramente o delineamento do estudo</p>
Amostra	<p>Seleção: () randômica () conveniência () outra _____</p> <p>Tamanho (n): inicial _____ final _____</p> <p>Características: idade: _____; Sexo: ()M ()F; Raça: _____</p> <p style="margin-left: 100px;">Diagnóstico: _____</p> <p style="margin-left: 100px;">Tipo de cirurgia: _____</p> <p>Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Técnica para coleta dos dados	<p>Descrever: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>() entrevista semi-estruturada () observação</p> <p>() o instrumento de coleta de dados foi descrito</p> <p>() o instrumento foi submetido à validação</p> <p>Variável independente (intervenção): _____</p> <p>Variável dependente: _____</p> <p>Grupo controle: () sim () não</p> <p>Duração do estudo: _____</p>

Análise dos dados	() análise descritiva	() análise estatística
	Descrever: _____	

() os dados apresentaram diferença estatisticamente significativa		

4. RESULTADOS

Resultados	Descrever: _____

	() foram apresentados de maneira clara e objetiva
	() foram explorados e discutidos
Fatores relacionados identificados: _____	

Características definidoras apresentadas: _____	

5. CONCLUSÕES

Conclusões	Descrever: _____

	() as conclusões são justificadas com base nos resultados
Quais são as recomendações dos autores: _____	

Nível de evidência (STETLER et al, 1998).	()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DA REVISÃO INTEGRATIVA

Assunto:	Re: Instrumento de Coleta de Dados da Revisão Integrativa
De:	Daniele AlcaliPompeo" <dalcala@eerp.usp.br>
Para:	fernanda_capistrano@yahoo.com.br
Data:	Sábado, 22 de Abril de 2017 17:40

Boa tarde Fernanda,

Que trabalho bacana. Dou estágio em CAPS AD e trabalho muito reabilitação psicossocial. A questão da adesão é um pouco complicada na prática por aqui - sou docente da FAMERP, em São José do Rio Preto, SP. E como é a realidade de vcs? Pesquisas com essa temática são muito importantes.

Antes de começar a buscar os artigos, analise bem a pergunta de pesquisa (1ª fase da revisão); vc não vai poder considerar adesão apenas para aqueles que não usam mais álcool ou SPA.

Se encontrar alguma coisa legal, compartilhe. Adoro estudar esse assunto.

Autorizo sim o uso do instrumento.

bjs e boa sorte

Daniele

ANEXO 3 - ADDICTION SEVERITY INDEX 6 (ASI-6)

ASI6

Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index
(ASI)

Versão 6

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

Sub-escalas	Questão	Grau de Preocupação	Questão	Necessidade de Tratamento
Médica	M23	0-1-2-3-4	M24	0-1-2-3-4
Emprego/S.	---	-----	E23	0-1-2-3-4
Álcool	D22	0-1-2-3-4	D23	0-1-2-3-4
Drogas	D47	0-1-2-3-4	D48	0-1-2-3-4
Legal	L25	0-1-2-3-4	---	-----
Láser	F22	-----	---	0-1-2-3-4
Família/Sec.	F14	0-1-2-3-4	F15	0-1-2-3-4
Trauma	F38	0-1-2-3-4	F39	0-1-2-3-4
Filhos	F48	0-1-2-3-4	F49	0-1-2-3-4
Psiquiátrica	P20	0-1-2-3-4	P21	0-1-2-3-4

Códigos para aplicação
do instrumento:

- X – não sabe ou
não entendeu a questão
- N – não se aplica
- Q – não quis responder
- B – o entrevistador deixou
em branco incorretamente

ASI6

Informações Gerais – Esta é uma entrevista padronizada que pergunta sobre várias áreas da sua vida – saúde, emprego, uso de álcool e drogas, etc. Algumas questões referem-se aos últimos 30 dias ou aos últimos seis meses, enquanto outras são sobre a sua vida inteira. Toda informação que você fornecer é confidencial (explique) e será utilizada para (explique). Por favor, responda às questões com a sua melhor estimativa. Se houver perguntas que você não entender ou preferir não responder, por favor, me informe. A entrevista terá uma duração de aproximadamente uma hora. Você tem alguma pergunta antes de nós começarmos? Primeiro começaremos com algumas informações gerais.

Nome do Paciente: _____

G1. Código do paciente: _____

Nome do Entrevistador: _____

G2. Código do Entrevistador: _____

ou

G3. Código do Observador: _____

G4. Data da Entrevista: _____/_____/_____

G5. Data de Admissão: _____/_____/_____

G6. Os dados da entrevista serão referentes ao período:

1 – Anterior à data da própria entrevista: _____

2 – Anterior à data de admissão: _____

3 – Anterior à outra data: _____/_____/_____

G7. Hora de Início: _____

G8. Gênero (1 – Masculino, 2 – Feminino): _____

G9. Data de Nascimento: _____/_____/_____ (Idade: _____)

G10. Qual raça / cor você se considera? [Marque todas q. se aplicam]

1. Negra/Preta 5. Indígena
2. Branca 6. Outras
3. Amarela/Oriental 7. Não respondeu
4. Parda/Mestiça

G11. Está em internação (1), ambulatório (2), outro local (3)? _____

G12. Qual o seu estado conjugal? _____

- 1 – casado 4 – Divorciado
2 – vivendo como casado 5 – Separado 6 – G14
3 – viúvo 6 – Nunca casou

G13. Há quanto tempo você está (G12 resposta)? _____ anos _____ meses

G14. Como você foi encaminhado para o tratamento? _____

- i.e. encaminhado para este programa específico de tratamento
1 – Por si próprio, cônjuge, familiar ou por amigo
2 – Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas
3 – Instituição de saúde ou profissional de saúde
4 – Escola/Faculdade
5 – Trabalho ou programa de assistência ao emprego
6 – Serviço Comunitário (programa de emprego, abrigo, igreja, etc.)
7 – Sistema penal ou pelo juiz

J F M A M J J A S O N D

Moradia – As questões seguintes perguntam se você morou em algum tipo de local restrito ou supervisionado durante os últimos 6 meses desde _____ e os últimos 30 dias desde _____

[NOTA: 6 meses = 180 dias, informe ao entrevistado se necessário]

H1. Nos últimos 6 meses, aproximadamente quantas noites você ficou em um hospital, unidade de internação psiquiátrica ou de tratamento para álcool e/ou drogas (internação), prisão ou delegacia, pensão protegida ou albergue para paciente psiquiátrico, ou comunidade terapêutica?

A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 – H3

Dessas noites, quantas foram em:

A. B.

H2. Unidade de internação para tratamento de álcool ou drogas? _____

H3. Hospital geral? _____

H4. Hospital psiquiátrico? _____

H5. Delegacia ou prisão? _____

H6. Pensão protegida, comunidade terapêutica ou albergue (p/ pac. psi.)? _____

H7. Outro tipo de situação de moradia restrita ou supervisionada? Que tipo de lugar? _____

H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua? _____

A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 – H9

H9. Quantas noites você passou na rua, ou em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças, porque você não tinha outro lugar para ficar? _____

A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 – NOTA

[NOTA: Se H8A ou H9A > 0 (i.e. se algum tempo em um abrigo ou na rua nos últimos 6 meses), passe para a próxima NOTA.]

H10. Alguma vez na vida você já ficou em um abrigo para moradores de rua ou na rua (em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças) porque você não tinha outro lugar para ficar? 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Se H1B + H8B = 30 (i.e. se todos os últimos 30 dias foram em ambiente restrito ou abrigo), passe para a seção Médica.]

H11. Nos últimos 30 dias (quando você não estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), com quem você estava morando?

- [Marque todas que se aplicam] – se morava sozinho pulse para seção Médica
1. Sozinho 5. Outros parentes adultos
2. Cônjuge/Parceiro 6. Outros adultos não-parentes
3. Filho(s) < 18 anos 7. Não respondeu
4. Pais 8. Outros

H12. Nos últimos 30 dias (quando você NÃO estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), você morou com alguém que tem problema atual com o uso de álcool ou drogas? 1 – Sim, 0 – Não

ASI6

Emprego/Sustento – As questões seguintes são sobre a sua educação, emprego e finanças.

E1. Qual é o grau máximo de estudo que você completou?

- 1 – Ensino Fundamental 4 – Bacharelado
2 – Ensino Médio 5 – Mestrado ou mais
3 – Ensino Superior (Faculdade) 6 – Nenhum

☐

E2. Você tem algum outro diploma, licença ou certificado de algum treinamento formal?

1 – Sim, 0 – Não

☐

E3. Qual é a última série ou ano que você completou?

- 01 – Não alfabetizado 16 – 3ª e/ou 4ª ano de faculdade
02 – 1ª e 2ª série 17 – 5ª e/ou 6ª ano de faculdade
12 – 3ª e 4ª série 18 – 1ª ao 2ª ano de pós-g. (mestrado)
13 – 1ª e/ou 2ª ano de E.M. 19 – Doutorado completo ou não
14 – 3ª ano Ensino Médio 20 – Pós-doutorado completo ou não
15 – 1ª e/ou 2ª ano de faculdade

☐

E4. Você prestou serviço militar?

1 – Sim, 0 – Não

☐

E5. Você participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional?

0 – Não, 1 – Meio-Turno, 2 – Turno Integral

☐

E6. Você tem carteira de motorista válida?

1 – Sim, 0 – Não

☐

E7. Você usa ou tem um carro ou moto?

1 – Sim, 0 – Não

☐

E8. Neste momento, é difícil ir ao trabalho/escola, ou procurar trabalho por causa de meio de transporte?

1 – Sim, 0 – Não

☐

[NOTA: Codifique E9. Pergunte apenas se incapaz de codificar baseado na informação prévia]

E9. Você lê/escreve (português) suficientemente bem para preencher uma ficha de emprego?

1 – Sim, 0 – Não

☐

E10. Qual é a sua principal situação de emprego atual? (Marque uma)

1. Turno Integral (TI) (35+ h/trabalho), → E12
2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), → E12
3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho "diária temporária", → E14
4. Fora do mercado de trabalho – não trabalha e não procura ativamente por trabalho
5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

E11. [Se fora do mercado de trabalho ou faz bicos responda:] Qual opção melhor descreve sua situação atual?

[NOTA: Marque uma ou duas e passe para E14]

1. Dens-do-casa/do lar 5. Não procura por trabalho
2. Estudante 6. Procura por trabalho
3. Incapaz 7. Institucionalizado
4. Aposentado 8. Outro

Comentários:

E12. Que tipo de trabalho você faz (trabalho principal)?
Especifique:☐

[NOTA: Codifique uma categoria nas caixas E12. Lista em anexo]

- 01 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas
02 – Ocupações Executivas, Administrativas, Gerenciais
03 – Vendas
04 – Apoio Administrativo e de Escritório
05 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Construção
06 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspectores
07 – Ocupações de Transporte e Mudanças
08 – Serviços gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar, Operário
09 – Ocupações de Serviços, Exceção Empregados Domésticos
10 – Fazendeiro ou Gerente (Administrador de Fazenda)
11 – Trabalhador Rural
12 – Militar
13 – Empregados Domésticos
14 – Outro

E13. Este trabalho é sem carteira assinada (informal)?

1 – Sim, 0 – Não

E14. Quanto tempo durou seu trabalho de turno integral mais longo?
– com um empregador ou como autônomo☐

Meses

000 → E17

E15. Há quanto tempo ele terminou?

☐

Meses

000 → E17

[NOTA: Coloque 000 somente se o trabalho atual (TI) é o mais longo]

E16. Qual era o seu trabalho/ocupação então?

☐

Especifique:

[NOTA: Codifique uma categoria da NOTA E12.]

E17. Nos últimos 6 meses (desde _____), quantas semanas você teve um trabalho pago?
– inclui licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos.☐

Semanas

Max – 26

00 → E22

E18. Nos últimos 6 meses, quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – inclui bicos

☐

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:

E19. Quantos dias remunerados você trabalhou?
– inclui licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos.☐

Dias

00 → E22

E20. Quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – inclui bicos

☐

R\$

E21. Quantos dias você teve qualquer problema relacionado com o trabalho?
ex. baixa produtividade, discórdias, ser chamado atenção, stress, etc.☐

Dias

E22. Você procurou algum emprego?

ex. mandou um currículo, preencheu uma ficha de emprego, falou com um possível empregador

☐

1 – Sim, 0 – Não

E23. Neste momento, quão importante

é para você receber qualquer tipo de orientação (como aconselhamento, treinamento ou educação) para ajudá-lo a se preparar para ou a encontrar um emprego, ou lidar com problemas profissionais?

- 0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

☐

ASI6

As próximas perguntas (E24 – E36) são sobre as suas fontes de suporte financeiro e renda.

E24. Você mora em habitação financiada pelo governo ou recebe auxílio moradia? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

E25. pensão, seguro social, seguro desemprego? ex. previdência social ou INSS R\$

E25b. últimos 6 meses? R\$

E26. assistência pública? ex. bolsa família / bolsa escola / moradia / roupas R\$

E26b. últimos 6 meses? R\$

E27. outra assistência? ex. vale-refeição ou vale-transporte R\$

E27b. últimos 6 meses? R\$

E28. sustento ou pensão alimentícia para crianças? do pai da criança ou ex-cônjuge. R\$

E28b. últimos 6 meses? R\$

E29. atividades ilegais? ex. tráfico de drogas, prostituição, jogo ilegal, venda de objetos ilegais R\$

E29b. últimos 6 meses? R\$

E29c. bicos? R\$

E29d. últimos 6 meses? R\$

E30. alguma outra fonte? ex. pediu emprestado/recebeu dinheiro da família ou renda inesperada (herança, impostos, loteria, etc.) R\$

E30b. últimos 6 meses? R\$

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida? [Marque todas que se aplicam]

- ☐ 1. Emprego
- ☐ 2. Agenciadoria
 - ex. pensão, seguro social (INSS)
- ☐ 3. Invalida / Incapacidade
 - ex. pensão, seguro social (INSS), indenização
- ☐ 4. Seguro desemprego
- ☐ 5. Assistência pública ou governamental
 - ex. previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada
- ☐ 6. Sustento ou pensão alimentícia para criança
- ☐ 7. Família, amigos ou sócios
- ☐ 8. Dinheiro ilegal
- ☐ 9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão
 - ex. Hospital, pensão protegida, albergue ou pensão
- ☐ 10. Outras, ex. economia, etc.
 - Especifique: _____
- ☐ 11. Bicos
- ☐ 12. Nenhuma

E32. Você alguma vez declarou falência? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

E33. Você já deixou de pagar um empréstimo para o governo ou instituição privada? ex. crédito educativo, casa, empréstimos bancários. ☐ 1 – Sim, 0 – Não

E34. Você está mais do que um mês atrasado nos seus pagamentos para alguma coisa? ex. habitação, serviços, cartões de crédito, pensão de filhos, outros empréstimos/débitos (contas médicas, custos legais, empréstimos pessoais) ☐ 1 – Sim, 0 – Não

E35. Quantas pessoas (não inclui você mesmo) atualmente dependem de você para o sustento financeiro regular? ex. para moradia, comida, sustento de filho, moradia, etc. inclui pessoas que o sujeito sustenta, bem como aquelas que ele/ela é obrigado a sustentar

E36. Você tem renda suficiente para pagar necessidades como moradia, comida e roupas para você mesmo e seus dependentes? - exclua dinheiro de atividades ilegais ☐ 1 – Sim, 0 – Não

Comentários:

ASI6

Drogas / Alcool – As questões a seguir são sobre o seu uso de álcool e drogas, e sobre qualquer tratamento para abuso de substâncias que você tenha recebido.

Histórico de Tratamentos

- D1. Quantas vezes diferentes você já foi tratado para seu uso de álcool ou drogas?
- inclua avaliações para tratamento mesmo que não tenham se transformado em tratamento. Não incluir AA / NA. 00 → D6
- D2. Quantos desses tratamentos foram apenas para desintoxicação?
- desintoxicação não seguida por tratamento adicional.
- D3. Que idade você tinha quando entrou pela primeira vez em um tratamento para álcool/drogas?

Quanto dias você:

- A. Últimos 6 meses B. 30 Dias
- D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas? 000 → D5
- D5. Tomou medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas?
ex. disulfiram, naltrexona (Revia), acamprosato (Campral), medicamento para desintoxicação, diazepam, metadona, etc.
- inclua medicações para dependência de nicotina. 000 → D6
- D6. Participou de reuniões de auto-ajuda (ex.: AA, NA)? (se nunca participou na vida → D8)
- D7. Qual o período de tempo contínuo mais longo que você participou de reuniões de auto-ajuda, pelo menos 2 dias/semana? Anos Meses

Uso de Alcool

- D8. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana?
- exclua períodos sem álcool. 00 → D10
- D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (3-homem, 4-mulher) drinques¹ por dia regularmente, 3 ou + dias por semana? >0 → D11
- D10. Você bebeu pelo menos (3-homem, 4-mulher) drinques por dia em 30 dias ou mais em sua vida? 1-Sim, 0-Não
- D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool? (se nunca, codifique NN)
- D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?
0-Sem uso (→ D10) 3-3-6 vezes por semana
1-1-3 vezes por mês 4-Diariamente
2-1-2 vezes por semana
- D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica? 00 → D10

¹ Um drink: considere aproximadamente 1 dose de destilado, 1 cálice de vinho ou uma lata de cerveja.

- D14. Quando você bebeu pela última vez? [00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.]

- D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (3 p/homens, 4 p/mulheres) drinques em um dia?

- D16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em álcool para você? R\$

Sintomas do AlcoolNos últimos 30 dias:

- D17. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber? 1-Sim, 0-Não
- D18. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo? 1-Sim, 0-Não
- D19. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico;
ou
teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões;
ou
teve problema com a lei?
- D20. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber? 1-Sim, 0-Não
- D21. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool? 00 → D23

- D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?
0-Nada 3-Consideravelmente
1-Levemente 4-Extremamente
2-Moderadamente

- D23. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?
0-Nada 3-Consideravelmente
1-Levemente 4-Extremamente
2-Moderadamente

- D24. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?
0-Nada 3-Consideravelmente
1-Levemente 4-Extremamente
2-Moderadamente

Comentários:

ASI6

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

NOTA: Entregue ao entrevistado a Lista de Drogas e diga: *Eu vou perguntar sobre cada grupo de drogas listado. Nós já falamos sobre o álcool. Vamos começar com a maconha:*

- Pre-A. Você já experimentou ou usou _____ (mesmo se foi somente uma vez ou prescrita)?
- A. Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez _____?
- B. Por quantos anos de sua vida você usou _____ 3 ou mais dias por semana? – Exclua períodos sem a droga
- C. Você já usou _____ em 50 ou mais dias na sua vida?
- D. Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou _____?
- E. Nos últimos 30 dias, você usou _____ ([0] – somente como prescrito, ou [1] – ilegalmente ou mais do que foi prescrito)?

NOTA: Se o entrevistado relata:

1. Nunca ter experimentado uma droga específica (ex. D25-A), codifique "N" e passe para a próxima substância (D26-A).
2. Ter usado 3 ou mais dias por semana por um ano ou mais (ex. D25-B), pule o item seguinte (D25-C), e continue.
3. Nenhum uso nos últimos 30 dias (ex. D25-D = 00), passe para a próxima substância (D26-A).

	A. Idade de 1º uso? [N → próxima A]	B. Anos de uso regular (Na vida)? [>00 → D]	C. Usou 50 ou + dias (Na vida)? [1 – Sim, 0 – Não]	D. Uso nos Últimos 30 dias? [00 → próxima A]	E. Usou como Tto (últimos 30 dias)? [0 – como Tto, 1 – Não Tto]
D25. Maconha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D26. Sedativos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D27. Cocaína inalada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D28. Crack/Merla/Oxi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D29. Estimulantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D30. Alucinógeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D31. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D32. Outros Opióides	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D33. Inalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Comentários adicionais:

ASI6

Uso de Substâncias – Categorias Problema

- 01 – Alcool
 02 – Maconha
 03 – Sedativos
 04 – Cocaína / Crack
 05 – Estimulantes
 06 – Alucinógenos
 07 – Heroína
 08 – Metadona
 09 – Outros Opióides
 10 – Inalantes
 11 – Outras Substâncias (inclui nicotina)
 12 – Nenhuma

Rota(s) de Administração

De que forma você já usou _____?

Problema Primário D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você mais dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	A. Categoria <input type="checkbox"/> 12 → D37	B. Na vida [marque todas que se aplicam] ___ 1. Ingerida ___ 4. Injetada ___ 2. Inalada ___ 5. Outra ___ 3. Fumada	C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam] ___ 1. Ingerida ___ 4. Injetada ___ 2. Inalada ___ 5. Outra ___ 3. Fumada ___ 6. Sem uso
Problema Secundário D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	A. Categoria <input type="checkbox"/> 12 → D37	B. Na vida [marque todas que se aplicam] ___ 1. Ingerida ___ 4. Injetada ___ 2. Inalada ___ 5. Outra ___ 3. Fumada	C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam] ___ 1. Ingerida ___ 4. Injetada ___ 2. Inalada ___ 5. Outra ___ 3. Fumada ___ 6. Sem uso
Problema Terciário D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	A. Categoria <input type="checkbox"/> 12 → D37	B. Na vida [marque todas que se aplicam] ___ 1. Ingerida ___ 4. Injetada ___ 2. Inalada ___ 5. Outra ___ 3. Fumada	C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam] ___ 1. Ingerida ___ 4. Injetada ___ 2. Inalada ___ 5. Outra ___ 3. Fumada ___ 6. Sem uso

[NOTA: 4. Injeção = EV (endovenosa) ou IV (intravenosa)
 e não-EV/IV: ex. intramuscular, intradérmica, etc.]

Comentários adicionais:

ASI6

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

- D37. Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana? — se nunca usou drogas ou medicação —D54
- D38. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?
0 — Sem uso (— D45) 3 — 3-6 vezes por semana
1 — 1-3 vezes por mês 4 — Diariamente
- D39. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas? 0 — D45
- D40. Quantos dias faz que você usou pela última vez qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas? 00 — ac hoje, 01 — ac ontem, 02 — ac 2 dias antes, etc.
- D41. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? R\$
— excluso dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas (c.a., metadona, medicações para desintoxicação, etc.)

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

Nos últimos 30 dias:

- D42. Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga? 1 - Sim, 0 - Não ☐
- D43. Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas? 1 - Sim, 0 - Não ☐
- D44. Por causa do seu uso de drogas - você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei? 1 - Sim, 0 - Não ☐
- D45. Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar? 1 - Sim, 0 - Não ☐
- D46. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas? 00 - D48
- D47. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente
2 - Moderadamente ☐
- D48. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente
2 - Moderadamente ☐

- D49. Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?
- | | |
|-------------------|-----------------------|
| 0 - Nada | 3 - Consideravelmente |
| 1 - Levemente | 4 - Extremamente |
| 2 - Moderadamente | |

- D50. Desde que você começou a usar, você já esteve completamente abstinente (limpo) das drogas e de álcool por pelo menos 1 ano? ☐ 1 - Sim, 0 - Não
- inclui medicações prescritas e apegriadamente tomadas (ex. metadona, medicações psiquiátricas) 0 - D52

- D51. Ha quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou?
- Anos Meses
- [Se atualmente abstinente há 1 ano ou mais, codificar 00 00.]

Riscos para a Saúde

[NOTA: Caso ainda não se saiba, pergunte a D52. Caso contrário, preencha de acordo com as informações prévias]

- D52. Alguma vez você se injetou drogas? ☐
[Injetou - IV (intravenosa) e não-IV] 1 - Sim, 0 - Não
00 → D54

- D53. Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamento de injeção?
- Anos Meses Atrás
- se nunca, codifique N e N
- se no último mês, codifique 00 00

- D54. Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal?

- D55. Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS?
- se nunca, codifique N e N
- se no último mês, codifique 00 00
-
- Anos Meses e Anos

Tabaco - Cigarros, etc.

- D56. Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro ou usou tabaco de outra forma? N → D59
ex. maconha tabaco, charutos, cachimbo
- se nunca experimentou, codifique N
- D57. Quantos anos na sua vida você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma) diariamente?
- D58. Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma)?

Jogo

- D59. Na sua vida, você alguma vez teve dificuldade financeira por causa de jogo? ☐ 1 - Sim, 0 - Não
- D60. Nos últimos 30 dias, quantos dias você participou de qualquer forma de jogo, como bingo, loteria, corrida de cavalo, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos, ou jogo ilegal de qualquer natureza?

Comentários:

ASI6

Legal – As próximas questões são a respeito de seu envolvimento a Justiça Criminal e/ou atividades ilegais.

- L1. Na sua vida inteira, você já esteve em uma prisão ou detido em delegacia, mesmo que por poucas horas? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
- L2. Na sua vida inteira, você já foi preso? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
Se L1 = L2 = 0 → L18
- L3. Que idade você tinha na primeira vez? >17 → (L7-14)
- L4. Antes dos 18 anos, você já foi preso por? (Marque todas que se aplicam)
 1. Crimes violentos ou crimes contra pessoas
 ex. roubo, agressão, estupro
 2. Ato ilícito ligado a drogas
 ex. porte, tráfico, manufatura de drogas
 3. Crimes visando lucro ou contra a propriedade
 ex. roubo de carro ou em loja, arrombamento, vandalismo, incêndio
 4. Infrações praticadas somente por jovens
 ex. fugir de casa, violação do toque de recolher, vadiagem
 5. Outras infrações (Especifique: _____)
- L5. Quantas vezes você foi condenado por um ato infracional antes dos 18 anos? Vezes
- L6. Antes dos 18 anos, qual o tempo total que você passou trancado em centros de detenção ou instituições para menores infratores (FASE/FEBEM/DEGASE)? Meses

(L7 – L14) Desde os 18 anos:

- Pré-A. Você já foi preso ou detido por _____
 (NOTA: Se Não, codifique 00 para A. e passe para o próximo item)
- A. Quantas vezes no total?
 B. Quantas vezes nos últimos 6 meses?
- | | A. Total | B. 6 Meses |
|--|----------------------|----------------------|
| L7. Porte de drogas? _____
- ou equipamentos de droga (parafernália) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L8. Venda ou produção de drogas? _____
- vender inclui tráfico/distribuir | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L9. Roubo? _____
- roubo à força, ou sob ameaça de força | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L10. Outros crimes visando lucro? _____
- fraude, venda de objetos roubados, vandalismo, incêndio - em loja | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L11. Crime violento? _____
- violência doméstica, estupro, assassinato | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L12. Armas, prostituição ou jogo? _____
- inclui cafetagem, dinheiro por sexo, pornografia | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L13. Dirigir alcoolizado? _____
- ou sob efeito de drogas | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L14. Alguma outra infração criminal? _____
- violação da condicional, conduta desordeira, invasão, violação de ordem restritiva, negligência ou desobediência, etc. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- L15. Há quanto tempo foi a última vez que você foi preso ou detido por qualquer coisa? (Codifique 00 se dentro do último mês (30 dias)) Anos Meses
- L16. Quantas vezes você foi condenado por um crime cometido após os 18 anos de idade? Vezes
- L17. Desde os 18 anos, quanto foi o tempo total que você passou na cadeia ou prisão? Anos Meses

- L18. A sua admissão para o tratamento foi ordenada pela justiça? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
 ex. um juiz a requisitou

Você está atualmente envolvido com a justiça criminal de alguma das seguintes formas? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

- L19. Investigado em inquérito policial. ☐
- L20. Suspensão condicional do processo. ☐
- L21. Aguardando julgamento ou sentença. ☐
- L22. Surtiu ou em Liberdade condicional. ☐
- L23. Participando de um programa de justiça terapêutica. ☐
- L24. Outros. ☐
 ex. procurado pela justiça, mandado de prisão, prisão domiciliar, supervisão pré-julgamento, está cumprindo pena
- L25. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente ☐

(L26 – L30) Nos últimos 6 meses:

- Pré-A. Você _____?
 (NOTA: Se Não, codifique 00 para A. e passe para o próximo item)
- A. número de dias, últimos 6 meses
 B. número de dias, últimos 30 dias
- | | A. Últimos 6 Meses | B. 30 Dias |
|--|----------------------|----------------------|
| L26. Vendeu ou fabricou drogas? _____
- tráfico ou distribuiu para fazer dinheiro, por sexo ou lucro de qualquer outra maneira | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L27. Roubou alguém? _____ | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28. Furtou, roubou, arrombou, fraudou, falsificou prescrições ou cheques, destruiu propriedade ou incendiou algo? _____
Se L28 = 0 → L29 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28c. Roubou em loja. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28d. Praticou arrombamento. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28e. Roubou veículo a motor. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28f. Falsificou. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28g. Fraudou. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28h. Cometeu vandalismo. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28i. Provocou incêndio (premeditado). <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L28j. Roubou / danificou propriedade. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29. Ameaçou ou agrediu alguém? _____
- com ou sem uma arma;
- inclui violência doméstica, estupro e assassinato
- exceto roubo
Se L29 = 0 → L30 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29c. Ameaçou sem agressão física. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29d. Agrediu fisicamente com uma arma. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29e. Agrediu fisicamente sem uma arma. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29f. Agrediu sexualmente. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29g. Assassinou alguém. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L29h. OUTRO. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ASI6

L30. Fez qualquer outra coisa ilegal? A. Últimos 6 Meses B. 30 Dias
 - portou arma sem licença, ☐ ☐ ☐ ☐
 envolveu-se com prostituição, ☐ ☐ ☐ ☐
 cafetinagem ou jogo ilegal, etc. ☐ ☐ ☐ ☐
 [exclua uso de droga pessoal ou posse, dirigir sob influência de álcool]
 L30c. Carregar uma arma sem licença ☐ ☐ ☐ ☐
 L30d. Prostituição / cafetinagem ☐ ☐ ☐ ☐
 L30e. Jogo ilegal ☐ ☐ ☐ ☐
 L31. No total, nos últimos 30 dias, quantos dias você fez qualquer uma das atividades/coisas acima? ☐ ☐
 L32. Quantos dias, no total, você dirigiu sob efeito de drogas ou álcool? ☐ ☐ ☐ ☐

Família/Social – As questões seguintes são sobre sua família e relacionamentos sociais.

F1. Você teve um relacionamento amoroso ou sexual com um(a) parceiro(a) durante o último mês? 1 - Sim, 0 - Não
 [NOTA: Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]
 F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros² você tem? ☐ ☐
 - exclua parceiros sexuais/cônjuge, e quaisquer outros familiares adultos.
 [NOTA: Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]

NOTA: Para F3 - F9:

- A. Refere-se a esposa/marido ou parceiro
 B. Refere-se a quaisquer outros membros adultos da família ou parentes.
 ex. pais, avós, irmãos, filhos crescidos, tios/tias, primos
 C. Refere-se a qualquer amigo íntimo/verdadeiro

Nos últimos 30 dias, você:

(1 - Sim, 0 - Não)	A. Parceiro(s)	B. Parentes Adultos	C. Amigos Íntimos
F3. passou tempo (pessoalmente) com (seu A/quaisquer B,C):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4. teve qualquer contato, como, cartas, telefonemas ou e-mail (outro) com: - se F3-F4 = 0, Pule para F9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5. falou para (A/B/C) sobre seus sentimentos ou problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6. teve problema de relacionamento c/:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7. teve qualquer discussão com:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F8. O(s) seu(s) (A/B/C) tem um problema atual com álcool ou uso de drogas? - inclua somente aquelas pessoas com quem você passou tempo ou teve contato nos últimos 30 dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F9. Se você precisa de ajuda, você pode contar com:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F10. Você atualmente tem alguma ordem judicial de afastamento contra alguém?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários:

² Amigo íntimo / verdadeiro: considere alguém com quem você convive com uma certa frequência e pode contar, sem conotação sexual.

F11. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos resultou em empurrar/bater ou atirar coisas? 1 - Sim, 0 - Não ☐
 F12. Além do seu parceiro, outros parentes adultos e amigos íntimos, existe alguém com quem você possa contar caso você realmente precise de ajuda? 1 - Sim, 0 - Não
 ex. padre/pastor, médico, padrinho de AA, conselheiro, advogado, etc. ☐
 F13. No geral, nos últimos 30 dias, quão satisfeito você tem estado com os seus relacionamentos com adultos? ex. número de relacionamentos, quantidade de contato, qualidade da comunicação, se dá bem, ajudam-se mutuamente, etc.
 0 - Nada 3 - Consideravelmente
 1 - Levemente 4 - Extremamente ☐
 2 - Moderadamente
 F14. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?
 0 - Nada 3 - Consideravelmente
 1 - Levemente 4 - Extremamente ☐
 2 - Moderadamente
 F15. Neste momento, quão importante é para você receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos?
 0 - Nada 3 - Consideravelmente
 1 - Levemente 4 - Extremamente ☐
 2 - Moderadamente
 F16. Você acha difícil falar sobre os seus sentimentos ou problemas mesmo com pessoas íntimas (inclui parentes)? 1 - Sim, 0 - Não ☐
 F17. Você sente-se nervoso ou desconfortável quando está com outras pessoas? 1 - Sim, 0 - Não ☐
 F18. É importante para você ter relacionamento próximo/íntimo com pessoas? 1 - Sim, 0 - Não ☐

Nos últimos 30 dias (F19-F22):

F19. você foi a missa/serviços ou atividades religiosas organizados pela sua igreja/congregação? 1 - Sim, 0 - Não
 - exclua reuniões de auto-ajuda ou AA ☐
 F20. você fez algum trabalho voluntário? 1 - Sim, 0 - Não ☐
 F21. você frequentemente sentiu-se chateado ou com dificuldade para aproveitar o seu tempo livre? 1 - Sim, 0 - Não ☐
 F22. Quão satisfeito você tem estado com a forma com que você aproveita o seu tempo livre?
 0 - Nada 3 - Consideravelmente
 1 - Levemente 4 - Extremamente ☐
 2 - Moderadamente

As questões seguintes são sobre qualquer abuso ou trauma que você possa ter sofrido ao longo da sua vida.

F23. Você já foi fisicamente agredido/abusado por alguém que você conhecia? 1 - Sim, 0 - Não
 - exclua abuso sexual, pois este será codificado em F26 0 - F26 ☐
 F24. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? ☐ ☐
 F25. Quando isso aconteceu pela última vez? ☐ ☐
 - se nos últimos 30 dias, codifique "00 00" Anos Atras Meses Atras

ASI6

- F26. Alguma vez você já foi agredido/abusado sexualmente por alguém? 0 — F29
- F27. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F28. Quando aconteceu pela última vez?
- se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Meses Dias
- F29. Você alguma vez foi vítima de um crime violento como ser espancado ou agredido?
- exclusa familiar, amigos e pessoas conhecidas
- exclusa abuso como descrito em F26 e experiência de guerra 0 — F32
- F30. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F31. Quando aconteceu pela última vez?
- se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Meses Dias
- F32. Você já esteve em alguma outra situação de risco de vida?
ex. desastre, acidente grave/incêndio, guerra
- exclusa abuso, crimes violentos como descritos acima 0 — F35
- F33. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F34. Quando aconteceu pela última vez?
- se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Meses Dias
- F35. Você já esteve em uma situação onde você viu alguém sendo morto, espancado/agredido ou muito ferido?
- exclusa desastres/acidentes graves ou incêndio e guerra como descrito acima em F32 0 — NOTA
- F36. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F37. Quando aconteceu pela última vez?
- se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Meses Dias
- [NOTA: Se não há história de abuso ou trauma (i.e., F23, F26, F29, F32, e F35. São todos 0 — Não), pulse para F40.]
- F38. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?
- inclui pseudosônios, lembranças (flashbacks), etc.
0 — Nada 3 — Consideravelmente
1 — Levemente 4 — Extremamente
2 — Moderadamente
- F39. Neste momento, quão importante é para você receber auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?
0 — Nada 3 — Consideravelmente
1 — Levemente 4 — Extremamente
2 — Moderadamente

[NOTA: Se todos os filhos têm 18 ou mais, → F45]

- F42. Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente? 1 - Sim, 0 - Não
- F43. Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial?
- inclui também aquelas cuidadas por parentes via decisão judicial Filhos
- F44. Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram com você pelo menos por algum tempo? Filhos
- F45. Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (enteadado/neto/sobrinho(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo?
- codifique crianças que passaram a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo 1 - Sim, 0 - Não
- [NOTA: Se F44 e F45 são 0, i.e. sem crianças nos últimos 30 dias, pule para F51]
- F46. Quantas das crianças (que moraram com você) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou de aprendizado que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado? Crianças
0 - F48
- F47. Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas?
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente
2 - Moderadamente
- F48. Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver bem com essas crianças (< 18) que moraram com você por pelo menos algum tempo?
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente
2 - Moderadamente
- F49. Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (< 18) que moraram com você?
- aconselhamento atual ou adicional
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente
2 - Moderadamente
- F50. Neste momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho? 1 - Sim, 0 - Não

- F51. Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? ☐ 1 - Sim, 0 - Não
- [NOTA: se 0 ou nunca teve filhos passar para seção psiquiátrica]
- F52. Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa? ☐ 1 - Sim, 0 - Não
- F53. Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder) foi suspenso?
- teve seus direitos de ser pai/mãe (poder familiar) ou a guarda dos seus filhos retirados pela justiça? ☐ 1 - Sim, 0 - Não
- F54. Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado / supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? ☐ 1 - Sim, 0 - Não

ASI6

Taxa global de confiabilidade do entrevistado / Validade da entrevista e dos escores:

Leve em conta a aparente capacidade e disposição do respondente para entender as questões, fornecer estimativas precisas e pensadas, além de responder honestamente. No geral, o respondente forneceu informação que é:

1 – Ruim, 2 – Satisfatória, 3 – Boa

☐

Ruim: Muitos itens são provavelmente imprecisos, foram recusados, e/ou o perfil das respostas é contraditório ou sem sentido.

Satisfatória: Numerosas aparentes imprecisões, recusas, e ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece razoável, exceto em 1 ou 2 áreas-problema (sub-escalas) do instrumento (ASI6).

Boa: Algumas/poucas imprecisões aparentes, recusas e/ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece avaliar bem o respondente.

ASI6

Lista de Álcool e Outras Drogas

Álcool – cerveja, vinho, “coolers”, destilados, licores, absinto, bira, birita, cachaça, caipirinha, cana, caninha, chope, conhaque, gin, grapa, licor, martini, rum, tequila, vinho, vodka, whisky e demais bebidas alcoólicas.

Maconha – cannabis, haxixe, THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), *Cannabis sativa* (latim), erva, baura, bolo, fumo, pega, ponta, beck, baseado, bagulho, breu, fino, marijuana, mary jane, verdinha, pasto, perna de grilo, grama, capim, dar um tapa, tapão, hemp, dólar, pacau, bhang, bong (persa), ganja (Jamaica), cânhamo (espanhol), charas (oriente), bomba, bob marley, bunfa, chá, cachimbo da paz, camarão, cangonha, canjinha, capucheta, carne-seca, caroço, coisa, come-e-dorme, erva-do-diabo, cigarrinho do capeta, jacuzinha, madeira, maluquinha, manga-rosa, preta. AMP, Skunk, skank (maconha “de laboratório”, “supermaconha”).

Sedativos – Barbitúricos – Gardenal, Seconal, Nembutal, Tiopental, Fenobarbital, Fenocris, Edhanol, Fenitoina, Dialudon, Epelin, Fenital, Hidantal. Benzodiazepínicos – diazepam (Valium, Calmociteno, Daizefast, Dienpax, Noan, Valix, Compaz, Somaplus, Ansilive, Letansil), clobazam (Frisium, Urbanil), clonazepam (Clonotril, Clonazepam, Rivotril), clordiazepóxido (Limbitrol, Psicosedin, Menotensil), cloxazolam (Clozal, Elum, Olcadil), alprazolam (Altrox, Aprax, Alpraz, Frontal, Tranquinal, Xanax, Mesmerin), lorazepam (Lorazefast, Lorazepam, Lorax, Mesmerin, Ativan, Lorium), flunitrazepam (Rohypnol), flurazepam (Dalmadorm, Dalmame), bromazepam (Lexotan, Bromopirin, Bromoxon, Brozepax, Deptran, Lexfast, Neurilan, Novazepam, Relaxil, Somalium, Sulpan, Unibromazepam, Nervium), midazolam (Dormonid, Dormium, Dormire), nitrazepam (Nitrazepol, Sonebon), oxazepam (Serax), triazolam (Halcion).

Cocaína / Crack – pó, branca, branquinha, farinha, coca, epadu, neve, brisola, bright, brilho, pico, basuko, pedaço, ratatã, tiro, carreira, tema, material, cor, perigo, nóia, poeira, novidade, cheiro, branca, brisa, talco, pamonha, cristina, priza, osso moído, osso do diabo, papel, “crack”, free-base, rock, pedra, stone, macaquinho, merla, mel, melado.

Estimulantes – anfetaminas, bolinhas, boleta, Dualid, Hipofagin, Inibex, Ritalina, Preludin, rebites, femproporex, anfepramona, Moderine, Fluril e Fluramina Adderall, Dexedrine (dexfenfluramina), Cylert (pemolide); Absten, Dobesix e Fagolipo (mazindol). Metanfetaminas – crystal meth ou crystal, ice, monster, crank, chalk, speed, meth, glass, droga “dos internautas”, “pílula do vento” ou “pílula do medo”.

Alucinógenos – LSD, ácido, bad trips, selo, selinho, PCP, “pó de anjo”, mescalina, psilocibina, cogumelos, MDMA, Ecstasy, “X”, “green”, Ayahuasca (Chá do Santo Daime, yajé, caapi, vinho de Deus), 2CB (4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina) e 2-CT-7 (2,5-dimetoxi-4(n)-propiltiofenetilamina), 4MTA (metiltioanfetamina), PMA (para-metoxianfetamina) e PMMA (para-metoximetilanfetamina), “Mitsubish”.

Heroína – cavalo, cavalo branco, horse, smack, tar, black, tan, marrom, brown stone, brown sugar, açúcar, açúcar mascavo, cavaleta, chnook, H, heroa, pó, poeira, castanha, merda, bomba, veneno, burra, gold, bacalhau, elixir, baque, cocada preta.

Outros Opióides – Demerol, ópio, codeína, petidina, percocet/percodan, darvon/darvocet, xaropes (elixir paregórico), morfina (dimorf), metadona (metadon), etorfina, levorfanol, fentanil, sufentanil, butorfanol, buprenorfina (temgesic), naloxona (narcen), naltrexona (revia), diprenorfina, β-funaltrexamina, naloxonazina, nalorfina, pentazocina, nalbufina (nubain), dinorfina, tramadol (anangor, dorless, sylador, timasen, tramadon, tramal, zamadol), meperidina (dolantina, dolosal, dornot), propoxifeno, ópio, naltrindol, bremazocina, DAMGO, CTPO, DPDPE, DSLET, LAAM.

Inalantes – cola, óxido nítrico (gás do riso), solventes, gasolina, tintas, tiner, sprays de tinta, desodorante, lança-perfume, detergentes, gás de isqueiro, acetona, cheirinho, cheirinho da lolô, lolô, cimento de borracha, cimento, PVC, cola de avião, cola de sapateiro, esmalte, gasolina, tinta spray, vernizes.

Outros – Esteróides e anabolizantes, pílulas para dieta ou sono sem prescrição, ketamina ou “special K” ou Vitamina K, GHB & GLB ou GHB (sopa) – é um depressor. Incluir medicações desconhecidas.

ASI6

Principais Grupos de Ocupação

- 1 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas**
(ex. engenheiros, cientistas da computação, cientistas naturais e sociais, profissionais da área da saúde, trabalhadores sociais e religiosos, professores, advogados, artistas e atletas)
- 2 – Ocupações Executivas, Administrativas e Gerenciais**
(ex. chefes executivos, diretores, gerentes, contadores)
- 3 – Ocupações de Venda**
(ex. corretores de seguro e imóveis, representantes comerciais, varejista, caixa de banco/supermercado)
- 4 – Ocupações de Apoio Administrativo e de Escritório**
(ex. supervisores, operadores de computador, secretárias, recepcionistas, balconistas, despachantes, avaliador de seguros, funcionário de banco, ajudantes de professores)
- 5 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto**
(ex. mecânicos, reparador de equipamentos, pedreiros, colocador de tapetes, eletricitistas, pintores, colocadores de telhado, metalúrgicos, estofadores, açougueiro, padeiro, montadores de equipamentos eletrônicos, calibrador, operadores de sistema hidráulicos)
- 6 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores**
(ex. operador de máquina têxtil, metal, plástico, madeira, soldador, cortador, montadores, checkadores, separador)
- 7 – Ocupações de Transporte e Mudança**
(ex. motoristas de todos os tipos, atendentes de estacionamento, operador de guindaste e guias, marinheiros e taifeiros (ajudante de convés))
- 8 – Serviços Gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar e Operário**
(ex. pescadores, jardineiros, silvicultores (madeireiros), lenhadores, ajudantes de mecânico, auxiliares de construção e produção, garis (lixeiros), estoquistas e empacotadores)
- 9 – Ocupações de Serviço, exceto Empregados Domésticos**
(ex. serviços de proteção – bombeiros, policiais, guardas; serviços alimentícios – cozinheiros; auxiliar contábil, assistentes de balcão (atendentes); serviços de saúde – assistentes de dentista, auxiliares de enfermagem, serventes de hospital; serviços de limpeza e construção – zeladores, empregados e seus supervisores; serviços pessoais – barbeiros, lanterninhas de cinema, auxiliares de serviço social ou previdência social, recreacionistas, porteiros e seus supervisores)
- 10 – Fazendeiro ou Gerente/Administrador de Fazenda**
- 11 – Trabalhadores Rurais**
- 12 – Militar**
- 13 – Empregados Domésticos**
(ex. babás, mordomo, governanta, empregada doméstica,...)
- 14 – Outra**

ASI6

Escala de Intensidade

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente

ANEXO 4 - MAT ADAPTADO

1 – Alguma vez o (a) senhor (a) se esqueceu de tomar algum dos medicamentos para o transtorno mental?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2 – Alguma vez o (a) senhor (a) se descuidou com o horário de tomar os medicamentos para o transtorno mental?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3 – Alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos para o transtorno mental, por sua iniciativa, por ter se sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4 – Alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos para o transtorno mental, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5 – Alguma vez o (a) senhor (a) aumentou a dose dos medicamentos que estavam prescritos para o transtorno mental, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6 – Alguma vez o (a) senhor (a) interrompeu o tratamento para o transtorno mental por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7 – Alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos para o transtorno mental por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

ANEXO 5 - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. Qual o nome do medicamento prescrito?	1 – Não Sabe 2 – _____ (resposta)
2. Para que o médico lhe receitou esse medicamento?	1 – Não Sabe 2 – _____ (resposta)
3. Qual a dose que você deve tomar do medicamento?	1 – Não Sabe 2 – _____ (resposta)
4. Quais os horários que você deve administrar o medicamento?	1 – Não Sabe 2 – _____ (resposta)
5. Por quanto tempo você deve utilizar o medicamento prescrito?	1 – Não Sabe 2 – _____ (resposta) 3 – Indefinido
6. Como você deve utilizar o medicamento prescrito?	1 – Não Sabe 2 – _____ (resposta)
7. O que você deve fazer se esquecer de tomar uma ou mais doses?	1 – Não Sabe 2 – _____ (resposta)
8. Há algum outro medicamento ou alimento ou bebida que você deve evitar enquanto estiver fazendo o uso do medicamento?	1 – Não Sabe 2 – Não 3 – Não Sabe
9. Esse remédio pode lhe causar reações desagradáveis?	1 – Sim. Qual? _____ (resposta), vá para a pergunta 10 2 – Não, vá para a questão 11 3 – Não sabe, vá para a questão 11
10. Você já apresentou alguma(s) dessa(s) reação(ões)?	1 – Sim 2 – Não
11. Você necessita de mais informações para tomar o Seu medicamento?	1 – Sim, vá para a questão 12 2 – Não
12. Quais dessas informações você necessita?	1 – Sim 2 – Não
12.1. Como tomar o medicamento.	1 – Sim 2 – Não
12.2 Por quanto tempo preciso tomar o medicamento	1 – Sim 2 – Não
12.3. Se o medicamento pode causar alguma reação desagradável	1 – Sim 2 – Não
12.4 Se há algum outro medicamento que não posso tomar enquanto estiver tomando este.	1 – Sim 2 – Não

ANEXO 6—MEDICATION REGIMEN COMPLEXITY INDEX (MRCI).

A) Circule o peso correspondente para cada forma de dosagem presente na farmacoterapia (SOMENTE UMA VEZ):

Formas de dosagem		Peso
Oral	Cápsulas/comprimidos	1
	Gargarejos/colutórios	2
	Gomas/pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/grânulos	2
	Spray/comprimidos sublinguais	2
Tópico	Crems/géis/pomadas	2
	Emplastros	3
	Tinturas/soluções de uso tópico	2
	Pastas	3
	Adesivos transdérmicos/patches	2
Ouvido, olhos e Nariz	Gotas/crems/pomadas para o ouvido	3
	Colírios/gotas para os olhos	3
	Géis/pomadas para os olhos	3
	Gotas/crems/pomadas nasais	3
	Spray nasal	2
Inalação	Accuhalers (pó seco para inalação/diskus)	3
	Aerolizers (cápsulas para inalação)	3
	Inaladores de dose medida (bombinha)	4
	Nebulizador (ar comprimido/ultra-sônico)	5
	Oxigênio/concentrador	3
	Turbuhalers (pó seco para inalação)	3
	Outros inaladores de pó seco	3
Outros	Fluido para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções:	
	- Pré-carregadas	3
	- Ampolas/frascos-ampolas	4
	Supositórios/óvulos vaginais	3
	Analgesia controlada pelo paciente	2
	Supositório	2
	Crems vaginais	2
Total seção A		

B) Para cada medicação da farmacoterapia marque [✓] no quadro correspondente, com sua frequência de dose. Então, some o número de [✓] em cada categoria (frequência de dose) e multiplique pelo peso determinado para essa categoria. Nos casos em que não exista uma opção exata, escolher a melhor opção.

Frequência de Dose	Medicações	Total	Peso	Total x Peso
1x dia			1	
1x dia S/N			0,5	
2x dia			2	
2x dia S/N			1	
3x dia			3	
3x dia S/N			1,5	
4x dia			4	
4x dia S/N			2	
12/12 h			2,5	
12/12 h S/N			1,5	
8/8 h			3,5	
8/8 h S/N			2	
6/6 h			4,5	
6/6 h S/N			2,5	
4/4 h			6,5	
4/4 h S/N			3,5	
2/2 h			12,5	
2/2 h S/N			6,5	
S/N			0,5	
Dias alternados ou menor frequência			2	
Oxigênio S/N			1	
Oxigênio < 5 h			2	
Oxigênio > 15 h			3	
Total seção B				

C) Marque [✓] no quadro que corresponde às instruções adicionais, caso presentes na medicação. Então, some o número de [✓] em cada categoria (instruções adicionais) e multiplique pelo peso correspondente da categoria.

Instruções adicionais	Medicações	Total	Peso	Peso x Número de medicações
Partir ou triturar o comprimido			1	
Dissolver o comprimido/pó			1	
Múltiplas unidades ao mesmo tempo (p. ex., 2 comprimidos, 2 jatos)			1	
Dose variável (p. ex., 1-2 cápsulas, 2-3 jatos)			1	
Tomar/usar em horário específico (p. ex., manhã, noite, 8 AM)			1	
Relação com alimento (p. ex., com alimento, antes das refeições, depois das refeições)			1	
Tomar com líquido específico			1	
Tomar/usar conforme indicado			2	
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente			2	
Doses alternadas (p. ex., 1 manhã e 2 noite, 1/2 em dias alternados)			2	
Total seção C				
Total da complexidade da farmacoterapia = _____				

**ANEXO 7 - AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO ADDICTION SEVERITY
INDEX 6 (ASI-6)**

Assunto:	Re: Autorização para utilização da escala de gravidade
De:	Kessler.ez@terra.com.br
Para:	fernanda_capistrano@yahoo.com.br
Data:	Quinta-feira, 18 de Junho de 2015 11:04

Claro, parabéns pela iniciativa, é um projeto muito interessante. Conte com a minha ajuda. A escala já tem domínio público. Favor consultar a minha tese de doutorado, que está disponível no Google e também o nosso site www.cpad.org.br em escalas para download. Ok?

Enviada do meu iPhone

ANEXO 8 - MEDIDA DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO (MAT)

1 – Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2 – Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3 – Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4 – Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5 - Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6 – Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7 – Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

ANEXO 9 - AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO (MAT)

Assunto:	Re: Autorização para uso do instrumento Medida de Adesão aos Tratamentos
De:	Luísa Lima (luisa.lima@iscte.pt)
Para:	fernanda_capistrano@yahoo.com.br
Data:	Segunda-feira, 7 de Novembro de 2016 21:58

Cara Fernanda,

Muito obrigada pelo seu contacto e pelo seu interesse no nosso trabalho.

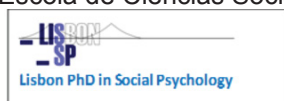
Autorizo a utilização da MAT, desde que a referencie correctamente em publicações futuras desta investigação :

Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 1, 81-100.

Com os melhores cumprimentos, desejo-lhe os melhores sucessos.

Luisa Lima

Luisa Pedroso de Lima
Professora Catedrática
Departamento de Psicologia Social e das Organizações
Escola de Ciências Sociais e Humanas do ISCTE-IUL



ANEXO 10 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UFPR

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADESÃO AO TRATAMENTO PELA PESSOA COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Pesquisador: Mariluci Alves Maftum

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66929617.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.033.006

Apresentação do Projeto:

Protocolo oriundo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; trata-se de pesquisa exploratória e epidemiológica observacional transversal em Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) que pretende avaliar a adesão ao tratamento relativo ao uso de substâncias utilizando-se de métodos quali e quantitativos.

Pesquisadores: Profa. Dra. Mariluci Alves Maffum; e colaboradores Aline Cristina Zerwes Ferreira e Fernanda Carolina Capistrano

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do estudo é analisar a adesão ao tratamento ao transtorno relacionado ao uso de substâncias, na perspectiva da pessoa com o transtorno, do familiar e da equipe multiprofissional

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos envolvidos dizem respeito ao participante em lembrar e/ou verbalizar situações que tenham sido vivenciadas por ele de maneira desagradável e os benefícios relacionam-se a contribuição e favorecimento da manutenção do estado de saúde das pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e a melhora da adesão ao tratamento.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.033.006

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa mostra-se relevante e com uma metodologia bem delineada. Ressalta-se a preocupação com o conteúdo dos instrumentos e os procedimentos de minimização e atendimento caso seja necessário, principalmente no que diz respeito à ideiação suicida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_899238.pdf	11/04/2017 09:47:30		Aceito
Outros	extrato_de_ata.pdf	11/04/2017 09:45:33	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Descricao_da_pesquisa.docx	10/04/2017 20:59:11	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	CHECKLIST.pdf	10/04/2017 20:58:04	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Profissionais_de_Saude.docx	10/04/2017 20:57:29	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Familiares.docx	10/04/2017 20:57:04	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Paciente_Pesquisa_Qualitativa.docx	10/04/2017 20:56:52	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Paciente_Pesquisa_Quantitativa.docx	10/04/2017 20:56:28	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade_no_projeto.pdf	10/04/2017 20:55:39	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_para_utilizacao_de_dados_de_arquivos.pdf	10/04/2017 20:54:50	Mariluci Alves Maftum	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.033.006

Outros	termo_de_compromisso_para_inicio_da_pesquisa.pdf	10/04/2017 20:53:34	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Declaracao_de_uso_especifico.pdf	10/04/2017 20:52:12	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Declaracao_de_tornar_publico_os_resul tados.pdf	10/04/2017 20:51:05	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	10/04/2017 20:49:52	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Analise_de_merito.pdf	10/04/2017 20:49:12	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Oficio_do_Pesquisador_encaminhando_ projeto CEP.pdf	10/04/2017 20:47:03	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil.pdf	10/04/2017 20:33:28	Mariluci Alves Maftum	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 26 de Abril de 2017

**Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)**

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 11 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADESÃO AO TRATAMENTO PELA PESSOA COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Pesquisador: Mariluci Alves Maftum

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66929617.0.3001.0101

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.071.351

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutoramento. O presente estudo sobre a temática da adesão ao tratamento pela pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas será desenvolvido por meio da abordagem quantitativa e da abordagem qualitativa com o método exploratório. O desenvolvimento do estudo compreenderá o período de 2017 a 2020, e será realizado nos cinco Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do município de Curitiba, que prestam atendimento a adultos com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Serão participantes da pesquisa pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, familiares e equipe multiprofissional. A coleta dos dados quantitativos envolverá instrumentos estruturados que serão aplicados a 600 pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas - a amostra foi estabelecida por cálculos estatísticos. Os dados das pesquisas qualitativas serão coletados por meio de entrevista semiestruturada e o número de participantes será estabelecido pela saturação dos dados, porém serão entrevistados no mínimo 20 participantes de cada grupo, totalizando 60 entrevistas minimamente. Os dados relacionados à fase quantitativa serão analisados pelo método descritivo e inferencial. Os dados oriundos das entrevistas semiestruturadas serão analisados a luz da Análise e

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS**

Continuação do Parecer: 2.071.351

Interpretação de Dados Qualitativos proposto por Creswell.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a adesão ao tratamento na perspectiva da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, do familiar e da equipe multiprofissional.

Apresenta 12 objetivos específicos:

1. Conhecer a percepção da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas sobre a sua adesão ao tratamento;
2. Conhecer a percepção da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas sobre os fatores que interferem na sua adesão ao tratamento;
3. Conhecer a percepção da família sobre a adesão ao tratamento pelas pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
4. Conhecer a percepção da equipe multiprofissional de saúde sobre a adesão ao tratamento pelas pessoas
5. Caracterizar o perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
6. Verificar a adesão da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas à terapêutica medicamentosa;
7. Descrever o nível de informação da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas em relação a terapêutica medicamentosa;
8. Avaliar o estágio motivacional para a mudança de comportamento da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
9. Descrever a capacidade cognitiva da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
10. Verificar o risco de suicídio em pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
11. Analisar as associações entre as variáveis do perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico; nível de informação em relação ao tratamento e o estágio motivacional da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas com o desfecho: adesão a terapêutica medicamentosa;
12. Analisar as associações entre as variáveis do perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico, o estágio motivacional e adesão a terapêutica medicamentosa da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas com o desfecho: risco de suicídio.

Endereço: Rua Atílio Bório, 680**Bairro:** Cristo Rei**CEP:** 80.050-250**UF:** PR**Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3360-4961**Fax:** (41)3360-4965**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS**

Continuação do Parecer: 2.071.351

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa possui risco do participante em relembrar e/ou verbalizar situações que tenham sido vivenciadas por ele de maneira desagradável ou sofrida, entretanto, todas as medidas relacionadas à sua privacidade e conforto, bem como os esclarecimentos pertinentes serão garantidos. Os instrumentos de coleta de dados são muitos e podem ser extremamente cansativos. Benefícios: Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados a contribuição e favorecimento da manutenção do estado de saúde das pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e a melhora da adesão ao tratamento. Todos serão beneficiados com os resultados alcançados nesta pesquisa, principalmente as pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, familiares e equipe multiprofissional, conforme já exposto nos antecedentes científicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nas pesquisas quantitativas, expressas pelos objetivos específicos 5 ao 12, as 7 hipóteses a serem testadas são:

- O perfil demográfico, socioeconômico, familiar, clínico e farmacoterapêutico influencia a adesão a terapêutica medicamentosa da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
- O baixo nível de informação acerca da terapêutica medicamentosa interfere negativamente na adesão ao tratamento;
- Os estágios motivacionais de pré-contemplação e contemplação dificultam a adesão a terapêutica medicamentosa;
- Apresentar nível alto de gravidade da dependência química está relacionada a dificuldade de adesão a terapêutica medicamentosa;
- Apresentar índices baixos de adesão a terapêutica medicamentosa favorece maior risco de suicídio;
- Apresentar nível alto de gravidade da dependência química está relacionada a um maior risco de suicídio;
- O perfil demográfico, socioeconômico, familiar, clínico, terapêutico, farmacoterapêutico e de adesão a terapêutica medicamentosa influencia no risco de suicídio da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Esta pesquisa será realizada nas dependências dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD) do município de Curitiba: Bairro Novo, Boa Vista, Cidade Industrial de Curitiba (CIC), Cajuru e Portão.

As pesquisas quantitativas são do tipo epidemiológica observacional transversal, com estimativa

Endereço: Rua Atílio Bório, 680**Bairro:** Cristo Rei**CEP:** 80.050-250**UF:** PR**Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3360-4961**Fax:** (41)3360-4965**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.071.351

de 600 participantes, recrutados pela amostragem sistemática em 5 CAPs AD em Curitiba. O período da coleta dos dados quantitativos está previsto para julho de 2017 a agosto de 2018. Será realizado por meio de entrevistas estruturadas, agendadas previamente, de acordo com o horário de preferência do participante e em local disponibilizado pela coordenação do serviço. As pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas serão recrutadas no transcorrer da assembleia e no início dos grupos terapêuticos. O recrutamento dos familiares de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas ocorrerá no transcorrer do grupo terapêutico familiar, dos profissionais de saúde ocorrerá na reunião da equipe multiprofissional, momento em que todos os profissionais de saúde se reúnem para discutir os casos clínicos, as atividades do serviço e as questões estruturais e administrativas. A descrição da pesquisa não elucida quanto serão os participantes de cada grupo.

Para a coleta dos dados quantitativa será utilizado sete instrumentos estruturados: formulário elaborado pelos pesquisadores, o Montreal Cognitive Assessment, o Instrumento de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), o instrumento de avaliação do nível de conhecimento sobre a prescrição de medicamentos, o University of Rhode Island Change Assessment Scale, o Addiction Severity Index versão 6 light e o Columbia-Suicide Severity Rating Scale. O formulário estruturado foi elaborado pelos pesquisadores do projeto e é composto por 38 questões divididas em três blocos que buscam contemplar a caracterização demográfica e socioeconômica, clínica e farmacoterapêutica do participante. Será validado anteriormente. Para as pesquisas qualitativas participarão no mínimo 60 pessoas e serão utilizados três instrumentos: um para a pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, um para familiares e um para a equipe multiprofissional. Cada um dos instrumentos será constituído por duas partes distintas: a primeira referente à identificação e a caracterização dos participantes, enquanto a segunda é composta por questões abertas voltadas ao objeto de estudo – adesão ao tratamento pela pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias. Os apêndices não estão anexados na PB.

Destaca-se que para todos os instrumentos anteriormente citados, serão utilizados dados do prontuário do paciente para complementação dos dados, caso haja necessidade, ou para contrastar as informações. A análise dos dados qualitativos será realizada pela Análise e Interpretação de Dados Qualitativos proposto por Creswell (2007).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados estando em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

Recomendações:

Há apontamento no projeto que após a aplicação do instrumento de risco de suicídio, caso o

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.071.351

paciente apresente ideação suicida ativa com algum método, sem intenção de agir ou com alguma intenção de agir ou algum comportamento suicida, este será encaminhado para atendimento com seu técnico de referência no CAPS AD com objetivo de prevenir o suicídio. Esta informação consta no TCLE para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias – estudo quantitativo. Salieta-se que o ônus não deverá/poderá ser da instituição participante do estudo (SMS-Curitiba), sendo assumido integralmente pelos pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo é de grande relevância social, mostra-se importante por possibilitar a construção do conhecimento sobre os principais aspectos que envolvem essa realidade e favorecer mudanças expressivas na prática profissional em saúde mental a partir de estratégias de intervenção mais próximas a realidade investigada. Deve-se apontar para a possível dificuldade em obter o número de participantes, de liberação de sala para entrevistas nos locais pesquisados, da exposição dos pacientes a vários instrumentos de análise com questionamentos longos e impossibilidade de atendimento pelos profissionais dos CAPs em caso de ideação suicida. A pesquisa tem sua viabilidade aprovada desde que compreendidas e respeitadas essas condições descritas, cabendo ao pesquisador assumir integralmente todas essas questões. É preciso, em particular, ajustar horários e locais para realização da pesquisa com chefias e coordenações de serviços pretendidos.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_899238.pdf	11/04/2017 09:47:30		Aceito
Outros	extrato_de_ata.pdf	11/04/2017 09:45:33	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_899238.pdf	10/04/2017 21:06:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Descricao_da_pesquisa.docx	10/04/2017 20:59:11	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	CHECKLIST.pdf	10/04/2017 20:58:04	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escelido_TCLE_Profissionais_de_Saude.docx	10/04/2017 20:57:29	Mariluci Alves Maftum	Aceito

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.071.351

Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Profissionais_de_Saude.docx	10/04/2017 20:57:29	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Familiares.docx	10/04/2017 20:57:04	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Paciente_Pesquisa_Qualitativa.docx	10/04/2017 20:56:52	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Paciente_Pesquisa_Quantitativa.docx	10/04/2017 20:56:28	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade_no_projeto.pdf	10/04/2017 20:55:39	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_para_utilizacao_de_dados_de_arquivos.pdf	10/04/2017 20:54:50	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_para_inicio_da_pesquisa.pdf	10/04/2017 20:53:34	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Declaracao_de_uso_especifico.pdf	10/04/2017 20:52:12	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Declaracao de tornar publico os resultados.pdf	10/04/2017 20:51:05	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	10/04/2017 20:49:52	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Analise_de_merito.pdf	10/04/2017 20:49:12	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Oficio_do_Pesquisador_encaminhando_projeto CEP.pdf	10/04/2017 20:47:03	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil.pdf	10/04/2017 20:33:28	Mariluci Alves Maftum	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 18 de Maio de 2017

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br